

送付先 〒020-8570 盛岡市内丸10-1
岩手県保健福祉部医療政策室
FAX 019-626-0837

被爆二世健康診断 受診申込書

令和 年 月 日

被爆二世健康診断を、下記のとおり申し込みます。

(下記の表に、必要事項を記入してください。)

申込者(二世)の氏名 <small>ふりがな</small>	男・女
生 年 月 日	年 月 日 生
住 所	〒
電 話 番 号	
健康診断受診希望の医療機関 (各県立病院からお選びください。)	
血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査 (該当する記号を○で囲んでください。)	ア 検査を希望する。 イ 検査を希望しない
備 考 (該当する記号を○で囲んでください。)	ア 今年度、勤め先の健康診断を受けた。または受ける予定がある。 イ 今年度、市町村の基本健康診査を受けた。または受ける予定がある。

申込者の親(被爆者)の氏名	
申込者の親の被爆者健康手帳番号 (公費負担医療の受給者番号)	

記入例

被爆二世健康診断 受診申込書

令和 3年 10月 10日

被爆者二世健康診断を、下記のとおり申し込みます。

(下記の表に、必要事項を記入してください。)

申込者(二世)の氏名 <small>ふりがな</small>	いわて たろう
	岩手太郎 (男)・女
生年月日	昭和 30年 1月 1日生
住所	〒020-8570 盛岡市内丸10-1
電話番号	019-651-3111
健康診断受診希望の医療機関 (各県立病院からお選びください。)	県立中央病院
血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査 (該当する記号を○で囲んでください。)	<input checked="" type="radio"/> ア 検査を希望する。 <input type="radio"/> イ 検査を希望しない
備考 (該当する記号を○で囲んでください。)	<input checked="" type="radio"/> ア 今年度、勤め先の健康診断を受けた。または受ける予定がある。 <input type="radio"/> イ 今年度、市町村の基本健康診査を受けた。または受ける予定がある。

申込者の親(被爆者)の氏名	岩手花子
申込者の親の被爆者健康手帳番号 (公費負担医療の受給者番号)	0001234