

# 第一種健康診断受診者証交付申請書

年 月 日

山 口 県 知 事 様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第2条第3項の規定により、第一種健康診断受診者証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

|                             |                 |                       |            |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------|
| ふりがな<br>氏 名                 |                 | 明治<br>大正 年 月 日生<br>昭和 | 男 ・ 女      |
| 現 住 所<br>(居住地)              | 〒<br>電話番号 ( ) - | 本<br>籍<br>地           | 県<br>(都道府) |
| 連絡先 (自宅以外の場合)<br>電話番号 ( ) - |                 |                       |            |

|   |             |           |  |
|---|-------------|-----------|--|
| ※ | 受 診 者 証 番 号 | 山 健 診 一 種 |  |
|---|-------------|-----------|--|

※は、記入しないでください。

|       |
|-------|
| 受 付 印 |
|-------|

## 誓 約 書

私このたび第一種健康診断受診者証を交付申請するにあたり、この申請書に記載した内容は、事実と相違ありません。

もし、事実と相違したことが判明した場合は、第一種健康診断受診者証の返納はもちろん、これに伴う一切の責任を負います。

年 月 日

山 口 県 知 事 様

氏 名

# 申 述 書

## 1 当時の状況

- (1) .市に原子爆弾が投下されたとき（原子爆弾が爆発した瞬間）いた場所  
（当時の町名、施設など）

広島県  
長崎県

市  
郡

町  
村

番地

屋内 （木造、コンクリート、石造、その他（                      ））  
屋外 （路上、田畑、山林、その他（                      ））

- (2) 市に原子爆弾が投下されたときの住所

広島県  
長崎県

市  
郡

町  
村

番地

- (3) 当時の状況を詳しく書いて下さい。

- (4) 原子爆弾が投下されたとき（原子爆弾が爆発した瞬間）あなたと一緒にいた人があれば全員書いてください。

| 氏 名 | 旧姓 | 間柄 | 生 死 | 現 住 所 | 手帳等番号 | 取得県 |
|-----|----|----|-----|-------|-------|-----|
|     |    |    |     |       |       |     |
|     |    |    |     |       |       |     |
|     |    |    |     |       |       |     |
|     |    |    |     |       |       |     |
|     |    |    |     |       |       |     |

## 2 被災後の行動及び状況

|  |
|--|
|  |
|--|

## 3 被災当時の家族状況表（同居されていた方すべてお書きください。また、応召中や別居の方も含めて全員お書きください。）

| 氏<br>生 年 月 日 | 続<br>柄 | 当時の職業<br>(勤め先・勤員先) | 当時の住所<br>(申請人と違う場合) | 原爆が落とされた<br>ときいた町村名 | 生<br>死 | 被爆者健康<br>手帳番号<br>受診者証番号 | 現住所 |
|--------------|--------|--------------------|---------------------|---------------------|--------|-------------------------|-----|
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |
|              |        |                    |                     |                     |        | 手帳・受診者証<br>( )          |     |

## 4 その他に、あなたの当時の事実などについて参考になることがあればお書き下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

# 証 明 書

山 口 県 知 事 様

年 月 日

|                                           |                                                                    |                                     |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 証<br>明<br>人<br>に<br>関<br>す<br>る<br>こ<br>と | 氏 名                                                                | 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日                 |
|                                           | 現住所                                                                | 電話番号<br>( ) -                       |
|                                           | 被爆者健康手帳の番号<br>有 ( ) 無<br>健康診断受診者証の番号<br>第一種 有 ( ) 無<br>第二種 有 ( ) 無 | 当時の職業又は学校名                          |
|                                           | 当時の住所                                                              | 被爆者健康手帳又は健康診断受診者証を、最初に取得した<br>都道府県名 |

私は、申請者の状況について、次のとおり証明します。

なお、証明内容については事実に相違ないことを誓約いたします。

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| 申請者（被証明人）の氏名                                         |
| 申請者（被証明人）を知っている理由<br>(私と申請者は次のような間柄ですから、申請者を知っています。) |
| 原爆が落ちたときの申請者の行動及びそれを証明できる理由                          |

## 同 意 書

被 爆 者 健 康 手 帳

私の 第一種健康診断受診者証 の交付申請の審査に当たり、私の  
第二種健康診断受診者証

被爆事実を確認するために必要があるときは、貴県が私及び私の親族について官公署及び関係機関に照会調査することに同意します。

山 口 県 知 事 様

年 月 日

住 所

氏 名