

第一種健康診断受診者証交付申請書

本籍地

郵便番号

居住地

電話番号 ( )

ふりがな  
氏名

年 月 日生

都道府県知事(市長)

殿

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。

令和 年 月 日