

様式第9号

被爆者健康手帳 再交付申請書

(第一種・第二種健康診断受診者証)

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

〒

---居住地-----

電話 ー ー

---氏名-----

被爆者健康手帳(第一種・第二種健康診断受診者証)の再交付を申請します。

(ふりがな) 氏名			男 ・ 女	明治	年	月	日生
				大正			
居住地	〒						
	電話		ー	ー			
手帳番号及び交付年月日	第	号	・	年	月	日	
再交付を受ける理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ 健 診 結 果 記 入 欄 満 了						
上記理由の具体的状況							

○ 添付書類 破損、汚損、健診結果記入欄満了の場合は、その手帳等

※ 上記枠内の氏名、居住地、電話番号が、冒頭の申請者氏名等と同じ場合には、「同上」と記入して構いません。

※ 紛失の場合には、手帳番号及び交付年月日欄を記入しなくても構いません。