

# 被爆者健康手帳交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)  氏 名		男 ・ 女	明治
			大正 年 月 日生
			昭和
居住地	〒 ー 埼玉県  電話 ー ー		
本籍地			

《 被爆当時の状況 》

当時の住所 又は疎開先	
当時の職業	
当時の勤務先 又は学校名	

《 当時の家族状況 》

あなたを含めて応召中、別居中、疎開中であった人全員（現在死亡している者を含む。）

被爆当時の家族状況							現 在 の	氏名 住所（死亡 している者は死 亡年月日）
当時の氏名 生 年	性 別	続柄	当時の職業（勤 務先）又は学校 名（動員の有無 ・動員先）	当時の 住 所	原爆が落 ちた時に いた場所	被爆者健康手帳の所持 の有無と、交付都道府 県市及び番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		
明・大・昭 年生	男 ・ 女					有・無 交付都道府県市 番号		

《 現在の家族状況 》

氏名	性別	続柄	生年月日	職業	被爆者健康手帳 の所持の有無
	男 ・ 女	世帯主	明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 発行都道府県市( ) 番号
	男 ・ 女		明治 大正 年 月 日生 昭和		有・無 交付都道府県市( ) 番号

## 1 直接被爆の場合

(1) あなたは原爆が落ちた時、どこにいましたか。

(2) あなたは原爆が落ちた時、何をしていましたか。

(3) あなたは原爆が落ちた時、誰と一緒にいましたか。

(現在死亡している人についても、書いてください。)

氏名	間柄	被爆者健康手帳所持の有無
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )

(4) あなたは原爆が落ちた時、屋内にいましたか、屋外にいましたか。

ア 屋内で被爆 ①木造家屋 ②コンクリート家屋 ③防空壕

イ 屋外で被爆 ①ものかげ ②ものかげなし ③その他

(5) あなたは原爆が落ちた時、どうなりましたか。また、その時の周りの状況を詳しく書いてください。(けが、建物、周囲の人々など)

(6) あなたは原爆が落ちてから、どうしましたか。

## 2 入市被爆の場合

(原爆落下後2週間以内(広島は8月20日まで、長崎は8月23日まで)に爆心地付近に立ち入った者)

(1) あなたは原爆が落ちた時、どこにいましたか。

(2) あなたが爆心地付近に立ち入らねばならなかった理由を詳しく書いてください。(入市目的など)

(3) あなたが爆心地付近に立ち入った状況(出発地からの道順、交通手段等)を詳しく書いてください。

(4) あなたが入市した時、同行した人又は出会った人を書いてください。

(現在死亡している人についても、書いてください。)

氏名	間柄	被爆者健康手帳所持の有無
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )

(5) あなたが入市した時の目的地の状況を詳しく書いてください。

### 3 被爆者の救援活動などに従事した場合

(1) あなたは原爆が落ちた時、どこにいましたか。

(2) あなたが救援活動などに従事した理由を書いてください。

(3) あなたが救援活動などに従事したのはどこでしたか。

(4) あなたはいつからいつまで救援活動などに従事しましたか。

(5) あなたが救援活動などに従事した時の状況を詳しく書いてください。

(6) あなたが救援活動などに従事した時、誰と一緒にいましたか。  
(現在死亡している人についても、書いてください。)

氏名	間柄	被爆者健康手帳所持の有無
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )
		有・無 交付都道府縣市( )番号( )

#### 4 胎児被爆の場合

(1) あなたを生んだ母親の現在及び当時の氏名を書いてください。

(2) あなたを生んだ母親の被爆者健康手帳番号を書いてください。  
(交付都道府縣市： )

(3) あなたを生んだ母親の現在の住所（死亡の場合は、死亡時の住所）  
を書いてください。

※ 申請書を代筆した場合

代筆者の

住所

氏名

間柄

代筆の理由

## 誓 約 書

被爆者健康手帳申請にあたり、申請書に記載した内容は事実と相違ありません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約いたします。

埼玉県知事

年 月 日

住 所 埼玉県

氏 名

### ◎ 添付書類

① 住民票

② 被爆事実を証明できる書類

被爆証明書（原則として、三親等内の親族を除く第三者2人）等

③ その他、当時の勤務先の在職証明書、在学証明書、又は軍歴証明書  
などがあれば必ず添付すること

（被爆当時胎児であった者）

④ 戸籍抄本

（母親が被爆者健康手帳所持者であれば、被爆証明書等は不要）

申 請 先（事前に連絡し、申請者本人が直接持参してください。）

埼玉県保健医療部疾病対策課

電 話 048-830-3583（直通）