**被爆二世健康記録簿申込書**

　　　　年　　月　　日

【下記についてご確認の上、お申し込みください】

１. 配布の目的

被爆二世健康診断の結果等を記録し、自身の健康管理に役立てていただくことを目的として配布します。

※「被爆者健康手帳」のように、**医療費の助成等がされるものではありません**。

※「被爆二世健康記録簿」を申し込んでいない方でも、**被爆二世健康診断の受診は可能です**。

２. 配布対象者

両親のいずれかが原爆被爆者であり、京都府在住の方

３．申 込 先

　京都府健康対策課　疾病対策係

　〒６０２－８５７０　京都市上京区下立売通新町西入薮ノ内町（郵送時、住所の記載は不要です）

　ＦＡＸ：０７５－４３１－３９７０

　ＴＥＬ：０７５－４１４－４７３６

　次のとおり被爆二世健康記録簿を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二世 | ふりがな |  | 男・女 | 昭和平成 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 住所 | （〒　　　　　　　） 　　　 （電話番号　　　－　　　－　　　） |

|  |
| --- |
| 【親の情報】 ※　親（被爆者）が死亡している場合、親の居所は死亡時に居住の都道府県（または直近に手帳交付を受けた都道府県）を記入し、親の被爆者健康手帳は直近に所持していた健康手帳の情報を記入してください。 |
| ふ　り　が　な |  | 親の居所 |  都 道 府 県 |
| 親の氏名 |  |
| 親の被爆者健康手帳 | 公費負担者番号 | １ | ９ |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号（手　帳　番　号） |  |  |  |  |  |  |  |  |
|
| ※ 手帳の返納等により 手帳番号が不明の場合、記入してください | 親の生年月日：親の死亡日： |