

健康診断受診者証再交付申請書

熊本県知事 様

年 月 日

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5条の規定により、健康診断受診者証の再交付を申請します。

ふりがな 氏 名			
生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和		
居住地	〒		
電話番号	自宅	携帯	
受診者証の 交付番号		交付年月日	年 月 日
再交付を 受ける理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()		
上記理由に係る 状況			

添付書類： 健康診断受診者証(紛失の場合を除く。)

注意： この申請書は、居住地を管轄する保健所(居住地が熊本市の場合は県庁健康づくり推進課)に提出してください。