

被爆二世健康診断受診申込書（令和4年度）

受付印	整理番号	
	実施日	
	実施場所	

受付年月日	令和 年 月 日		
住所	〒 市 郡 町 村		
フリガナ			性別 男 女
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
電話番号			
親の氏名 手帳番号			被爆地
受診希望日 (希望する日があればご記入ください)	月 日		
多発性骨髄腫検査の受診希望 (どちらかを○で囲んでください)	希望する		希望しない
受診希望場所 (希望する場所があればご記入ください) ※多発性骨髄腫は受診機関が限られますので、 保健所(部)窓口にてご確認ください。			

① 対象となる方

両親又はそのどちらかが原爆被爆者で、（広島被爆は昭和21年6月1日以降に出生、長崎被爆は昭和21年6月4日以降に出生）受診を希望する方。

大分県内に居住している方に限ります。

② 申込期間 令和4年10月17日（月）から令和4年11月30日（水）

受診期間 令和4年11月 1日（火）から令和5年 1月13日（金）

③ 受診日の日時、受診場所については、後日通知いたします。

希望日、希望場所については、受診を円滑におこなうために調整することがあります。

④ 健康診断の内容は、被爆者健康診断とほぼ同じです。ただし、がん検診はありません。

⑤ 交通費の支給はありません。

⑥ 受診期間中において1回のみ受診できます。