

# 被爆者健康手帳交付申請書

愛媛県知事 様

令和 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るよう関係書類を添えて申請します。

注意  
申請書は必ず本人が提出してください。

現住所(フリガナ) 〒	フリガナ	男・女
	氏名	
電話番号 ( )		
現在の本籍	明治 大正 年 月 日 生 昭和 ( 才 )	職業又は勤務先 電話 ( )
	今まで申請をしなかった理由及び今回申請する理由(くわしく)	

1. 被爆当時の状況

当時、幼少でくわしいことがわからない人は、よくわかる人に聞いて、また、胎児であった人は、あなたを産んだ母親のことを書いて下さい。

(1) 当時の住所
(2) 当時の本籍
(3) 当時の世帯主(戸主)とあなたの続柄
世帯主(戸主) _____ 続柄 _____
(4) 当時の満年齢
(5) 当時の職業、学校等 (勤務先、所属部隊、学校名、仕事の種類など)



## 2. 被爆の状況

### (1) 直接被爆者又は海上被爆者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が直接被爆者又は海上被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア あなたは、原子爆弾が落ちた時(原子爆弾が爆発した瞬間)、何町何丁目のどこにいましたか。(当時の町村名で書いてください。)

目標( )

イ あなたは、上記の場所の、どこで何をしていましたか。

.....

.....

.....

.....

ウ あなたは、原子爆弾が落ちた時、だれかといっしょでしたか。  
その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別について書いてください。

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	備考

エ あなたは、原子爆弾が落ちた時、屋外にいましたか。それとも屋内でしたか。それはどのような場所、建物でしたか。  
(該当する番号を○でかこんでください。)

- 1 屋内 (1)木造 (2)コンクリート造 (3)石造 (4)その他( )  
2 屋外 (1)ものかけあり (2)ものかけなし (3)その他( )

オ あなたは、原子爆弾が落ちた時、どうなりましたか。  
(やけど、けが、建物などについて)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



(2) 入市被爆者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が直接被爆者又は海上被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア あなたは、原子爆弾が落ちた時どこにいましたか。

(当時の市町村名で書いてください。)

イ あなたが、はじめて入市したのはいつですか。

午前

8月

日

時ころ

午後

上記の日時を覚えている理由(くわしく)

.....

.....

.....

ウ その時の入市先(目的地)はどこでしたか。(旧町名、丁目、場所名など。)

.....

.....

エ 何のために入市したのですか。(入らなければならなかった事情など。)

.....

.....

.....

.....

オ それでどうでしたか。(経過と結果をくわしく書いてください。)

.....

.....

.....

.....

.....

カ その時、どのような道順で入市先(目的地)にたどり着きましたか。

(出発地から旧町名や目的物を揚げて書いてください。)

.....

.....

キ その時、歩きましたか。乗物でしたか。

.....

ク 入市した時の街のありさま、特に強く印象に残っていることは何ですか。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ケ あなたが、はじめて入市した時、いっしょに入市した人はいますか。その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別を全員について書いてください。

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	出会った場所(町名)

コ あなたが、はじめて入市した時、出会った人はいますか。その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別を全員について書いてください。

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	出会った場所(町名)

サ ほかの日にも入市しましたか。(はじめて入市した日以外)

- 1 入った。(引き続き入っていた人も含む。) 2 入らない。

シ その日にちと入市先とその道順を書いてください。

(2日以上入っている場合は、最初の2日間について書いてください。)

8月 日

---

---

---

---

8月 日

---

---

---

---

ス その時、いっしょに入市した人や途中で出会った人はいますか。日ごとにその人の氏名、続柄(間柄)、生死の別を全員について書いてください。

8月 日

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	備考

8月 日

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	備考

(3) 救護、死体処理等従事者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が直接被爆者又は海上被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア 救護、死体処理などを何町(旧市町村名)のどこでしましたか。

イ その救護施設では多い時で、何人くらい収容されていましたか。

ウ 救護、死体処理などをしたのは、いつからいつまでで、そのうち何日間しましたか。

月 日 ~ 月 日 日間

エ 上記期間だけ従事したいきさつ

.....  
.....

オ 直接、救護、死体処理などをした人数はどのくらいですか。

1日あたり 人(体)

カ 従事の内容は次のうちどれですか。(該当する番号をすべて○でかこんでください。)

- 1 けがの手当 2 看護 3 けが人や病人の移送 4 死体処理  
5 その他( )

キ 救護、死体処理などは誰の命令でしたか。その人は現在ご健在ですか。

ク 救護、死体処理などを、いっしょにした人はだれですか。その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別を全員について書いてください。

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	備考

ケ 救護、死体処理などをした時の様子や、あなたのしたことをくわしく書いてください。

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



3. 現在の状況

(1) 家族の状況表(あなたを含む。)

続柄	性別	氏名	生年月日	職業(勤務先)	被爆者健康手帳の有無とその番号
世帯主	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無
	男・女		明大昭 . .		有 無

(2) 健康保険の種類(あてはまる番号を○でかこんでください。)

1 本人(あなた自身が加入している場合)	1 政府健康保険	政府が扱っている5人以上の事業所に適用されている健康保険
	2 組合健康保険	政府健康保険以外で、官庁又は大きな事業所が単独につくっている健康保険
2 家族(あなたが扶養家族になっている場合)	3 国民健康保険	市町村が扱っている健康保険
	4 保険なし	1 生活保護 2 外国人 3 未加入
3 その他		

4. その他

そのほか、あなたの被爆事実などについて、参考になることがあれば書いてください。


※ 申請書を代筆した場合

代筆者

氏名

\_\_\_\_\_

住所

\_\_\_\_\_

続柄

\_\_\_\_\_

理由

.....

\_\_\_\_\_

※ 第三者の証明書を添付することができない場合、その理由を書いてください。  
(2名)

.....

.....

.....

.....

.....

## 誓 約 書

申請書に記載(申述)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。

令和 年 月 日

申請者氏名

\_\_\_\_\_