

被爆二世無料健康診断受診申込書（平成29年度）

受付場所（支所名等） または受付印	援護課受付日	整理番号

長崎市で昨年度受診された方には、受診された月の前の月までに受診票をお送りしますので、申込は不要です。（4月に受診された方には4月初旬までにお送りします。）

申込年月日	平成 年 月 日		
住所	〒 長崎市 町 番 号 丁目 番地 方 (長崎県外にお住まいの方は申し込みできません。お住まいの都道府県庁へお尋ねください)		
フリガナ			性 男
氏名			別 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
電話番号	昼間に必ず連絡がとれる番号をご記入ください。 () -		
親の被爆状況 (あてはまる全てにチェック☑ を記入してください。)	父親被爆 <input type="checkbox"/> 長崎 <input type="checkbox"/> 広島	母親被爆 <input type="checkbox"/> 長崎 <input type="checkbox"/> 広島	
受診希望日 (希望する日があればご記入ください) (ない場合は、2週間後を目安にこちらから指定します)	受診希望日 (なるべく申込日から2週間以上先の日付にしてください。) 月 日		
受診希望場所 (希望する場所の欄に○印等を記入してください。)	被爆者健康管理センター 平日	被爆者定期健康診断 地区巡回会場 (希望する会場名をお書きください。)	委託医療機関 (主に行政センターの担当地域) (希望する医療機関を一覧表から選択してお書きください。)
	日曜健診 (第3日曜のみ)		

○対象となる方

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

長崎市外で長崎県内在住の方も受付いたします。申込後、長崎県原爆被爆者援護課から受診の通知があります。(県外に在住の方はお住まいの都道府県庁へお尋ねください)

○申込期間 平成29年4月3日(月)から平成30年2月9日(金)まで

○受診期間 平成29年4月10日(月)から平成30年2月28日(水)まで

○受診の日時、受診場所については、受診票により通知いたします。

受診日、受診場所については、受診を円滑に行うために市で調整することがあります。

○委託医療機関での受診を希望される方は、予約が必要な場合もありますのでご注意ください。

○健康診断の内容は、被爆者健康診断とほぼ同じです。

(問診・血圧測定・血液検査・尿検査など)

希望により多発性骨髄腫検査を同時に受診できます。

○交通費の支給はありません。

○受診期間中において1回のみ受診できます。

詳しいことは

〒850-8685 長崎市桜町2-22

長崎市原爆被爆対策部援護課

(電話095-829-1149) へお問い合わせください。

ファックスで申し込む場合は095-829-1148へ