

## 被爆者二世健康手帳再交付申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

居住地  
〒

電話

氏名

次のとおり、被爆者二世健康手帳の再交付を申請します。

再交付対象者 (二世)	被爆者二世健康手帳番号	埼 第 号
	ふりがな	
	氏 名	
	居 住 地	
	生年月日	年 月 日
再交付を受ける理由	紛失・破損・汚損 (破損、汚損の場合は手帳を添付してください。)	

※紛失の場合で、被爆者二世健康手帳番号がわからないときは空欄で構いません。