

様式第8号

被爆者健康手帳 記載事項変更届

(第一種・第二種健康診断受診者証)

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

〒
居住地
電 話
氏 名
明治
生年月日 大正 年 月 日生
昭和

次のとおり変更したので、被爆者健康手帳(第一種・第二種健康診断受診者証)を添えて届け出ます。

	旧	新
手帳番号		
ふりがな 氏 名		
居 住 地		埼玉県
電話番号		
変更年月日(転居の場合は転入日)		年 月 日
被爆者健康手帳返付 (第一種・第二種健康診断受診者証)	手帳受領サイン	年 月 日

窓口担当者事務確認欄： (レ点を付すこと)
県外からの転入者の手当受給： 有□ ・ 無□ ・ その他 ()
手帳のコピー取得： [変更前] □ [変更後] □
※なお、手帳受領サインは申請者本人または委任状等を提出し代理権を表示した代理人のものに限ります。

※ 旧の部分は、被爆者健康手帳(第一種・第二種健康診断受診者証)に書いてあるとおりに記入してください。新の部分は、変更した事項だけ記入してください。

◎添付書類

被爆者健康手帳(第一種・第二種健康診断受診者証)
変更した事項がわかる書類(戸籍抄本、住民票等の原本)

◎本庁処理欄：以下の欄には記入しないでください。

手当の有無	有 () 手当 ・ 無
手当の調整	月 日 ・ 都道府県・支給 月～埼玉
手当の内容	
備 考	