（様式第１２号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 健康管理手帳番号 |  |  |  |  |  |  |
| 医療手帳交付申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　居 住 地  ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明　治  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大　正　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭　和   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 医療保険の  加入状況 | 保険者等の名称 |  | | | | 保険種別 | 後期・その他 | 被保険者氏　名 |  |   広　島　県　知　事　　様  　毒ガス障害者に対する救済措置要綱第９項の規定により，医療手帳  を交付されたく，健康診断（一般検査・精密検査）の成績を添えて申  請します。 | | | | | | | |