

被爆者健康手帳返還希望申出書

被爆者死亡届の際に返納いたしました被爆者健康手帳について、返還を希望します。

年 月 日

申出者 氏名	
申出者 住所	〒
申出者 電話番号	
被爆者との関係	
ふりがな	
被爆者氏名 (手帳番号)	()
被爆者生年月日 または死亡年月日	