機構受付印　　　　　保健所等受付印

手続様式第18号（施行規則第19条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

損害てん補届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出書番号 | | | |  | | | ①手帳番号 | |  | | |
| 又は受けようとする者  ②救済給付を受け、 | | フリガナ | |  | | | ・ | 生年月日 | 元号選択 | 年　  月　  日 | |
| 氏名 | |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | |
| ③石綿による健康被害に関する損害賠償の内容 | | | | | | | | | | | |
| 損害賠償の形態 | | | | | ．和解　　　．判決確定　　　．示談　　　．その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 損害賠償の受領状況 | 損害賠償の内容が明らかな場合 | | 逸失利益 | | 逸失利益額 | 受領額 | | | 算定基礎期間 | | 備考 |
| 円 | 受領済額       円  受領予定額       円 | | | 年　  月　  日  ～       年　  月　  日 | |  |
| 療養費 | | 受領額 | 算定基礎期間 | | | 備考 | | |
| 受領済額       円  受領予定額       円 | 年　  月　  日  ～       年　  月　  日 | | |  | | |
| 葬祭費用 | | 受領額 | 備考 | | | | | |
| 受領済額       円  受領予定額       円 |  | | | | | |
| 損害賠償額の内容が不明な場合 | | | | 受領額 | 備考 | | | | | |
| 受領済額       円  受領予定額       円 |  | | | | | |
| 損害賠償受領年月日 | | | | | 令和　  　年　  　月　  　日 | | | | | |
| 賠償した者の氏名住所等 | | | | 氏名・名称 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |

　石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第19条の規定により上記のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　  　年　  　月　  　日 | 届出者氏名 |  |

**（注）太枠内を記入してください。**

独立行政法人環境再生保全機構　理事長　殿