



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第9号(施行規則第9条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
石綿健康被害医療手帳返還届
(治ゆ・死亡・その他)

届出書番号			①手帳番号			
フリガナ		男・女	③被認定者の 生年月日	明治	大正	年 月 日
②被認定者 氏名				昭和	平成	
フリガナ						
④被認定者の 住所	〒 TEL					
⑤認定疾病名	1. 中皮腫 2. 肺がん 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚					
⑥返還事由	1. 認定疾病が治ったため 2. 被認定者が死亡したため 3. 認定の有効期間が満了したため 4. 認定の取消しを受けたため 5. 医療費について損害のてん補を受け又は他の法令で医療費に相当する給付を受けることとなったため 6. その他()					
⑦返還事由の発生日	平成・令和 年 月 日					

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第9条の規定により石綿健康被害医療手帳を返還します。

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