機構受付印　　　　　保健所等受付印

手続様式第７号（施行規則第７条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

死亡届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出書番号 |  | | | ①手帳番号 |  | |
| フリガナ |  | | ・ | ③届出者の  　生年月日 | 元号選択 | 年　  月　  日 |
| ②届出者  　氏名 |  | |
| フリガナ |  | | | | | |
| ④届出者の  　住所 | 〒 | | | | | |
| TEL | | | | | |
| ⑤被認定者との身分関係 | | ．同居の親族　　　　．同居していない親族　　　　．同居者　　　　．家主  ．地主　　　　．家屋管理人　　　　．土地管理人　　　　．公設所の長 | | | | |
| フリガナ |  | | ・ | ⑦被認定者の生年月日 | 元号選択 | 年　  月　  日 |
| ⑥被認定者  　氏名 |  | |
| フリガナ |  | | | | | |
| ⑧被認定者が死亡の当時有していた住所 | 〒 | | | | | |
| TEL | | | | | |
| ⑨被認定者の死亡年月日 | | 元号選択　  　年　  　月　  　日 | | | | |
| ⑩被認定者の死亡原因 | |  | | | | |

　石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第７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

【注意事項】

　被認定者が死亡したときは、この届出と併せて石綿健康被害医療手帳返還届（手続様式第９号）を提出するとともに、石綿健康被害医療手帳についても返還してください。