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