



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	明治	大正	年 月 日
②届出者 氏名	男・女				昭和	平成	
フリガナ				④届出者の 住所	TEL		
〒							
⑤被認定者との身分関係	1. 同居の親族 2. 同居していない親族 3. 同居者 4. 家主 5. 地主 6. 家屋管理人 7. 土地管理人 8. 公設所の長						
フリガナ				⑦被認定者の 生年月日	明治	大正	年 月 日
⑥被認定者 氏名	男・女				昭和	平成	
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	平成・令和 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。