



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
死亡届

石綿健康被害医療手帳が交付されている
場合は手帳番号を記入してください。

届出書番号			①手帳番号		××××××
フリガナ	カンキョウ ハナコ	男・女	③届出者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	20年 7月 27日
②届出者氏名	環境 花子				
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④届出者の 住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
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	カンキョウ タロウ	男・女	⑦被認定者 の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	15年 5月 15日
⑥被認定者 氏名	環境 太郎				
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
⑧被認定者が死亡の当時 有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
⑨被認定者の死亡年月日	平成・令和 ××年 7月 1日				
⑩被認定者の死亡原因	認定疾病に起因して死亡				

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 7月 8日 届出者氏名 環境 花子

(注) 太枠内を記入して下さい。

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。