



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第8号(施行規則第8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の再交付申請書

申請書番号		①手帳番号	
フリガナ		③被認定者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
②被認定者 氏名	男・女		
フリガナ			
④被認定者の 住所	〒	TEL	
⑤再交付申請 の理由			

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第8条第1項の規定による石綿健康被害医療手帳の再交付を受けたく、申請します。

令和 年 月 日 被認定者氏名

(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

※ 石綿健康被害医療手帳を亡失した場合は、裏面も記入してください。

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の亡失届

私は、環境再生保全機構から交付を受けていた石綿健康被害医療手帳を亡失したので届け出ます。
なお、今後亡失した石綿健康被害医療手帳が見つかった場合は、速やかに返還します。

令和	年	月	日
住所 〒			TEL
被認定者氏名			

(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