



手続様式第9号(施行規則第9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返還  
(治ゆ・死亡・その他)

石綿健康被害医療手帳に記載されている  
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 タロウ		③被認定者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 15年 5月 15日 令和
②被認定者氏名	環境 太郎	男・女		
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被認定者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××			
⑤認定疾病名	①. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚			
⑥返還事由	1. 認定疾病が治ったため 3. 認定の有効期間が満了したため 5. 医療費について損害のてん補を受け又は他の法令で医療費に相当する給付を受けることになったため 6. その他( ) ②. 被認定者が死亡したため 4. 認定の取消しを受けたため			
⑦返還事由の発生日	平成・令和 ××年 7月 1日			

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第9条の規定により石綿健康被害医療手帳を返還します。

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