



保健所等受付印

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							
② 又は受けよとする者 救済給付を受け、	フリガナ			男・女	生年月日	明治	大正				
	氏名					昭和	平成	年	月	日	
	フリガナ								TEL		
	住所	〒									
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		1. 和解 2. 判決確定 3. 示談 4. 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	年 月 日				
				受領予定額			年 月 日				
		療養費	受領額		算定基礎期間		備考				
			円	受領済額		年 月 日					
				受領予定額		年 月 日					
				円							
		葬祭費用	受領額		備考						
			円	受領済額							
				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					
	円			受領済額							
		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。