



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 18 号(施行規則第 19 条関係)

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	カンキョウ タロウ			
	氏名	環境 太郎	①男・女 生年月日 明治 大正 昭和 平成 30 年 5 月 15 日 令和		
	フリガナ	カナガワケン カワサキシ サイワイク オオミヤチヨウ 1310			
住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地				
TEL 044-520-××××					
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	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 受領予定額 円	平成 21 年 7 月 1 日 ~ 平成 24 年 2 月 1 日	
	療養費	受領額	算定基礎期間	備考	
		受領済額 5,000,000 円 受領予定額 円	平成 21 年 7 月 1 日 ~ 平成 24 年 2 月 1 日		
	葬祭費用	受領額	備考		
		受領済額 3,000,000 円 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		
		受領済額 円 受領予定額 円			
	損害賠償受領年月日		令和 2 年 2 月 3 日		
	賠償した者の 氏名住所等	氏名・名称	(株)××××		
住所		××県××市××××			
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 2 年 7 月 8 日

届出者氏名 環境 花子

(注)太枠内を記入してください。