



機権受付印

保健所等受付印

手続様式第 19 号(施行規則第 20 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する
他の法令による給付等の

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		××××××	
② 受けようとする者 救済給付を受け、又は	フリガナ	カンキョウ ハナコ		男()女	生年月日
	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			
住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
③ 被認定者	フリガナ	カンキョウ タロウ		男()女	生年月日
	氏名	環境 太郎			
	フリガナ	クオオミヤチョウ			
住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
④ 支給される他の法令	法令の名称	給付種類等	金額 (年金の場合は年額)	給付決定日	
	労災	葬祭料	×××円	×年 ×月 ×日	
	労災	遺族補償年金	×××円	×年 ×月 ×日	
	労災	休業補償給付	×××円	×年 ×月 ×日	
			円	年 月 日	

労災等の支給決定内容をよくご確認の上ご
記入ください。また、支給決定通知書のコ
ピーを必ず添付してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第 20 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】

- この届出をする場合には、他の法令による支給決定通知書のコピーを添付してください。
- 記入にあたって、②と③が同一の場合には③を省略しても差し支えありません。