

公害医療手帳返還届  
(治ゆ・死亡届)

区役所保健所

担 任	合 議	主 査	課長補佐	課 長	所 長
-----	-----	-----	------	-----	-----

~~住所・氏名等変更届~~

記号番号	川崎一	氏 名	男 女
認定疾病	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> 肺気腫	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 ( 日生歳)
届出理由の発生した年月日 平成 年 月 日			
<p>※ 死亡日を記入してください。</p> <p>公害医療手帳返還</p> <input type="checkbox"/> 認定の有効期間が満了のため <input checked="" type="checkbox"/> 被認定者が死亡したため <input type="checkbox"/> 認定の取り消しを受けたため			

~~住所・氏名等変更~~

変更事項のうち該当する番号のみを○でかこみ所要事項を記入してください

ふりがな	
1. 氏 名	
変更前の氏名	
ふりがな	
2. 住 所	〒 TEL ( )
変更前の住所	
ふりがな	
3. 送付先等	〒 TEL ( )
変更の理由、その他	

※ 続柄の記載欄がない場合は空スペースに追記してください。

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則の規定により上記のとおり届け出ます。

年 月 日 届出者住所

氏名

(あて先) 川 崎 市 長

続柄 ( )

処理欄	受 付	受理者	手帳訂正	患者台帳	電算処理	更 新 否更新
	区役所保健所					
	環境保健課					

注 この届出をする場合は、公害医療手帳を添えてください。