

公害健康被害の補償等に関する法律
他の法令による給付等の受給届

補償給付を受ける 被 認 定 者	公害医療手帳記号番号	文 京 一
	ふ り が な 氏 名	
支給される他の法令の規定による給付等	保 險 者 名	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 </div> <div style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</div> <div style="margin-left: 10px; text-align: right;"> 支部・所属所 </div> </div> <input type="checkbox"/> 生 保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 (長寿医療制度)
		※ 保険者番号
	保 險 者 の 所 在 地	
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	
	被 認 定 者 の 資 格 取 得 日	
	本人・家族の別	<input type="checkbox"/> 本 人 / <input type="checkbox"/> 家 族
	そ の 他 の 給 付	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他
受 給 者 証 等 の 記 号 番 号		

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第15条の規定により、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

文京区長 殿

※添付書類として保険証等のコピーを付けてください