

公害健康被害の補償等に関する法律に基づく
届 出 事 項 変 更 届

認定番号	3 2 1 -
フリガナ	
認定患者氏名	
生年月日	大・昭 年 月 日

- ・認定患者欄（番号・氏名・生年月日）
- ・変更事項（変更があった項目のみ）
- ・届出月日、申請者欄（住所・氏名・電話）にご記入の上、添付資料とともに提出願います。

※事務記入欄 ☐手帳出力発行 [/]

☐手帳手書変更 [/]

	変 更 事 項	変 更 後				変 更 前						
1	フリガナ											
	認定患者氏名											
2	住 所	〒 電話 ()										
3	健 康 保 険	保険者名称 (組合名等)										
		保険者番号										
		記 号			資格取得年月日		続 柄					
		番 号			平成・令和 年 月 日		1. 本人 2. 家族					
	後期高齢者医療 心障医療	医療証名称										
		保険者番号										
		被保険者番号		資格取得年月日		続 柄						
				平成・令和 年 月 日		1. 本人 2. 家族						
4	金 融 機 関	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 支店									
		預金種別	1. 普 通 預 金 2. 当 座 預 金									
		支店コード				口座番号						
		フリガナ										
		口座名義人										

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第15条・39条の規定により、上記のとおり
届け出ます。

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____
(認定患者) 氏 名 _____
電話番号 () _____

(提出先) 足 立 区 長

収 受 印