

(様式第1号)

アスベスト健康管理支援事業手帳交付申請書兼再交付申請書

| | | | | | |
|---|----------------|---|------------|----------------------|---------|
| (ふりがな) 申請者氏名 | | 性別 | | 男・女 | |
| | | 生年月日 | | 明治 大正 年 月 日 昭和 西暦 | |
| 住 所 | | 〒 一 宝塚市 電話番号 () 一 メール アドレス | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | | 申請者との続柄 |
| | 保 険 種 別 | | 被保険者の記号・番号 | | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | | |
| | 発行機関所在地 | | | | |
| 添付書類 | | | | | |
| 再交付の場合 はその理由 | | 年 月 日 | | 紛失・き損 | |
| <p>上記のとおり、アスベスト健康管理手帳の(再)交付を申請します。</p> <p>申請者氏名 年 月 日 (あて先)宝塚市長</p> | | | | | |

- (注)1 破損、汚損等による再交付申請の場合は、アスベスト健康管理手帳を添付すること。
2 紛失したアスベスト管理手帳を見つけたときは、必ず返納すること。