

(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)				性別	男 ・ 女	
申請者氏名				生年月日	明治 大正 昭和 西暦 年 月 日	
住 所	〒 ー 宝塚市 電話番号 () ー 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				
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。 申請者氏名 年 月 日 (あて先)宝塚市長						

- (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。