

死 亡 届

令和 年 月 日

千葉県知事様

届出者住所
届出者氏名
死亡した被爆者との続柄
電話番号

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第8条・第41条・第46条・第50条・第54条・第63条及び第70条、同法施行規則附則第5条第1項の規定に基づき届出します。

死亡した被爆者の氏名	
死亡した被爆者の住所	
死亡年月日	年 月 日
被爆者健康手帳(受診者証)番号	
手当名及び証書記号番号	医療特別手当・特別手当・健康管理手当・保健手当・介護手当 千 第 号

※ 添付書類 被爆者健康手帳(受診者証)、手当証書、死亡診断書又は死体検案書の写し

県 受 付 印

保 健 所 受 付 印

手帳等を紛失した場合は、下記に署名押印してください。

被爆者健康手帳(受診者証)紛失届
被爆者健康手帳(受診者証)を紛失したことを届出ます。

届出者氏名