

様式第1号（第3条関係）

（表紙）

記号番号 _____
公害医療手帳
認 定 年 月 日
有効期間 年 月 日から
年 月 日まで
氏名 _____
（都道府県市名）

（2ページ以降のページ（最後のページを除く。））

（1ページ）

交付 年 月 日			
都道府県知事（市長）			
ふりがな		男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
住 所	（ 年 月 日変更）		
	（ 年 月 日変更）		
	（ 年 月 日変更）		
認定 疾病 の 名称			

（最後のページ）

治 療 記 録		
治 療 年月日	入 院 外 入 院 別	公害医療機関の 名 称

この手帳について

- 1 認定疾病について治療を受けるときは、この手帳を病院や診療所等の公害医療機関に提示してください。
- 2 認定疾病について治療を受けたときは、この手帳の治療記録の欄に記入してください。
- 3 この手帳の1ページに記入してある事項に変更があつたときは、この手帳を添えて届け出てください。
- 4 この手帳を他人に貸したり、譲ったりしてはいけません。
- 5 この手帳は、無くさないように、大切にお持ちください。もし、破つたり、無くしたり、汚したときなどは、再交付を申請してください。
- 6 認定疾病が治つたとき、この手帳の有効期間が来たとき、認定の取消しを受けたとき、又は被認定者が死亡したときには、この手帳をすぐに返還してください。

備考 用紙の大きさはA列6番とすること。