

公害健康被害の補償等に関する法律
認定更新申請書

公害医療手帳の 記号番号	大阪	—	有効期間	自 至	年 年	月 月	日 日	
被 認 定 者	ふりがな	氏名	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 年	月 月	日 日
	住所							
	指定地域解除前の 認定疾病名	1.慢性気管支炎 2.気管支ぜん息 3.ぜん息性気管支炎 4.肺気しゅ						
	指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名							
	通勤、通学者等の 名称及び所在地							
健康状態の概要								
認定疾病及び続発 症について受けて いる療養の概要								
添付書類名	医師の診断書							

公害健康被害の補償等に関する法律第8条第1項の規定による認定の更新を受けたく、
必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者
住所
氏名

電話 —

大 阪 市 長 様

受
付
印

- 1.認定更新申請書の提出についての注意
公害健康被害の補償等に関する法律第8条第1項の規定による認定の更
新は、当該認定の有効期間の満了する日の属する月の3月前から当該認
定の有効期間の満了する日までに行ってください。
- 2.記入上の注意
(1)「指定地域解除前の認定疾病名」の欄は、該当する事項の番号を○で
囲んでください。
(2)「指定地域解除後の病像の変化によって認められた病名」の欄には、公
害医療手帳の認定疾病の名称欄に記載されている病像の変化による病名
を記載してください。
- 3.添付書類
この申請書には、認定疾病等についての医師の診断書を添えてください。