

第15号様式(第13条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

住 所_____

氏 名_____

医 療 特 別 手 当 失 権 届
健 康 管 理 手 当

下記のとおり医療特別手当・健康管理手当受給要件に該当しなくなったので、届け出ます。

記

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24条第1項(医療特別手当)又は第27条第1項(健康管理手当)の認定に係る負傷又は疾病の名称	
上記の疾病が治癒した年月日	年 月 日
医療特別手当 健康管理手当 証書 記号番号	

備考 この届書には、医療特別手当証書又は健康管理手当証書を添付してください。

(日本産業規格A列4番)