

年 月 日提出

東京都知事殿

居住地 _____

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）の認定に係わる負傷又は疾病の名称	
上記の負傷又は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 この届出書には、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。