

発症者健康管理手当 支給請求書

		個人番号	(記入不要)	
フリガナ		男・女	(2) 生年月日 および年齢	年 月 日 満 歳
(1) 請求者氏名				
フリガナ				
(3) 現住所	(〒 - ) 日中の連絡先・固定電話 ( ) ・携帯電話 ( )			
(4) 連絡について	機構からの電話連絡時、機構名を出して 構わない ・ 出さないで欲しい			
(5) 特別手当 受給の有無	有 (受給者番号 - ) ・ 無			
(6) 和解年月日 および 裁判所	年 月 日 東京 ・ 大阪 ・ ( ) 地方裁判所 原告番号 ( )			
(7) 代理人に 関する事項	代理人を指定する ・ 代理人を指定しない			
	代理人への 委任事項	1 機構への書類提出および機構からの書類送付、問合せ等に関する件 2 発症者健康管理手当の受取りに関する件		
	フリガナ			
	代理人の 住所 および 電話番号	(〒 - ) 日中の連絡先・固定電話 ( ) ・携帯電話 ( )		
	フリガナ			請求者 から見た 代理人の 関係
	代理人の 氏名			
(8) 書類送込に 関する事項	1 発症者健康管理手当振込時、機構からの振込通知書の送付 不 要 ・ 必 要 2 機構からの振込通知等の郵送方法に関する希望 普通郵便 ・ 簡易書留			
(9) 指定金融 機 関	フリガナ			
	名 称	銀 行 支店 ・ ( ) 信用金庫		
	フリガナ	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	
	口座名義	口座番号		
(10) そ の 他				
<p>上記のとおり、発症者健康管理手当の支給を請求します。</p> <p>【代理人を指定しているとき】併せて代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の代理行為から生じた問題について機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けることに同意します。</p> <p>【請求者が未成年のとき】併せて、親権者等はこの請求に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>請求者氏名 _____</p> <p>代理人氏名 _____ (代理人を指定したとき)</p> <p>親権者等氏名 _____ (請求者が未成年のとき)</p> <p>独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿</p>				

\* 裏面の「記入上の注意」をお読みのうえご記入ください。

## 【 発症者健康管理手当 支給請求書の記入上の注意 】

- 1 (1)欄から(6)欄までは、発症者（和解者）について記入してください。
- 2 (4)欄は、機構からの電話連絡時、機構名を出して差しつかえないか否か、該当する方を○で囲んでください。
- 3 (5)欄は、機構から特別手当を受給していたかどうかを記入してください。また、特別手当を受給していた方は、「有」を○で囲むと同時に、受給者番号（\*\*\*\*-0）を記入してください（受給者番号がおわかりにならないときは記入しなくてもかまいません）。
- 4 (6)欄は、和解調書に調印した年月日と裁判所名、原告番号を記入してください。
- 5 (7)欄は、代理人を指定するかしないかをまず記入し、指定する場合は代理人への委任事項、代理人の住所氏名等を記入してください。  
代理人への委任事項は、次にしたがって該当する数字を○で囲んでください。
  - ① 現況届の提出など機構への書類提出や機構からの書類送付あるいは問い合わせについて代理人に委任する場合は、「1」
  - ② 発症者健康管理手当の受取りを代理人に委任する場合（すなわち、発症者健康管理手当を代理人の口座に振込む場合）は、「2」
  - ③ ①と②の両方を代理人に委任する場合は、「1」と「2」
- 6 (8)欄は、四半期ごとの発症者健康管理手当振込通知書の郵送を希望するかどうか、また機構からの通知書等郵送方法について該当する方を○で囲んでください。なお、簡易書留での郵送の場合、ご不在時には郵便局で保管することになりますが、保管期限までに郵便局へ連絡されない場合は機構に返却され、お受取りできなくなりますのでご注意ください。
- 7 (9)欄は、発症者健康管理手当の振込を希望する口座を記入してください。なお、口座名義を請求者本人としない場合は、必ずその名義人を代理人として(7)欄で指定してください。
- 8 記名欄（最下段）は、請求者が記名するとともに、(7)欄で代理人を指定したときは代理人も記名してください。また、請求者が未成年のときは、親権者または後見人（以後「親権者等」という。）も記名してください（代理人と親権者等が同じ人の場合は両方に記名してください）。
- 9 この請求書には、病状報告（発症者健康管理手当用：様式第2号）を添付してください。ただし、機構から特別手当を受給していた請求者は、病状報告は不要です。また、請求者が未成年のときは、親権者等の確認に使用しますので、請求者の戸籍の謄本または抄本を添付してください。
- 10 (10)欄は、(1)から(9)欄に該当しない場合に記入してください。  
(例) 請求者または代理人の現住所とは別に、書類の送付先を勤務先やその他の住所に変更する場合等
- 11 この請求書を提出後、記入事項に変更が生じた場合は速やかに機構へご連絡ください。

※機構が定める提出期限までに健康状態報告書（医師作成）、生活状況報告書（受給者作成）の両方またはいずれか一方をご提出いただいた受給者に、調査研究事業の任意の協力者として請求者が指定した発症者健康管理手当の口座に年一回「発症者調査協力金」を振込みます。

○お問い合わせ先および書類送付先

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル  
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構  
健康被害救済部 受託事業課  
TEL : 03-3506-9415  
E-mail : kyuusai@pmda.go.jp