

■入力用PDFフォームの利用について

未支給の救済給付請求書 [様式17] (入力用PDF) は、必ずPDFファイルを端末上にダウンロードした後、「Adobe Acrobat Reader DC」からPDFファイルを開き、入力を行ってください。Microsoft Edgeなどのブラウザで開いた場合、入力や印刷が正常にできない場合があります。

Windows10の場合

- ① 未支給の救済給付請求書 [様式17] (入力用PDF) をご自身のPCに保存する。
- ② 保存したPDFファイルを右クリックして「プログラムから開く(H)」→「Adobe Acrobat Reader DC」を選択して、PDFファイルを開いてください。

PDFフォームへの入力を行うには「Adobe Acrobat Reader」が必要です。Adobe公式サイトより最新のバージョンに更新の上、ご利用ください。

<https://get.adobe.com/jp/reader/>

■入力・印刷について

「入力フォーム」は入力をサポートする為のページです。入力された内容は3ページ目の「未支給の救済給付請求書」に反映されます。請求時には、3ページ目以降を印刷してご使用ください。

入力フォーム

未支給の救済給付請求書

- 両面印刷ではなく片面印刷していただきますようお願いします。
- 印刷時には拡大・縮小を行わないようにしてください。

副作用救済給付用 未支給の救済給付請求書 入力フォーム

請求者の名前

請求者の名前（フリガナ）

性別

男 女

生年月日

明治 大正 昭和
 平成 令和

年齢

郵便番号

電話番号

現住所

フリガナ ()

支給前死亡者との身分関係（死亡者からみた身分）

支給前死亡者の名前

支給前死亡者の名前（フリガナ）

死亡者の性別

男 女

支給前死亡者の生年月日

明治 大正 昭和
 平成 令和

死亡時の年齢

死亡当時の郵便番号

死亡当時の住所

フリガナ ()

死亡年月日

平成 令和

受給者番号（死亡者が支給決定を受けている場合のみ）

支給前死亡者が請求または受給中であった救済給付の種類

医療費 医療手当 障害年金 障害児養育年金 遺族年金 遺族一時金 葬祭料

死亡者が請求者の生活費を 全額負担 一部負担 負担なし

請求日

副作用救済給付用
未支給の救済給付請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(2) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(3) フリガナ 現住所	(〒 -)	電 話 ()				
(4) 支給前死亡者 との身分関係						
(5) フリガナ 支給前死亡者 の氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(6) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(7) フリガナ 支給前死亡者 が死亡の当時有 していた住所	(〒 -)					
(8) 死亡年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	(9) 受給者番号			
(10) 支給前死亡者が請求又は受給中であつた救済給付の種類	<input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 医療手当 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害児養育年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 遺族一時金 <input type="checkbox"/> 葬祭料					
(11) 支給前死亡者と請求者との生計関係	死亡者が請求者の生活費を <input type="checkbox"/> 全額負担 <input type="checkbox"/> 一部負担 <input type="checkbox"/> 負担なし					
上記のとおり、請求に係る未支給の救済給付の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">請求者氏名</p> 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿						

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

(注意)

- 1 (5)の欄には、救済給付を受けることができた者で、支給を受けずに死亡した者の氏名を記入して下さい。
- 2 (10)の欄は、(5)支給前死亡者が受けるべきであった救済給付について、請求しようとする給付の種類に該当するものをチェックして下さい。
 なお、(5)支給前死亡者が受けるべきであった救済給付について、二以上の救済給付を同時に請求しようとする場合は、該当するものすべてにチェックして下さい。
- 3 (11)の欄は、支給前死亡者と請求者との生計関係について、該当するものをチェックして下さい。
- 4 この請求書には、次の書類を添えて下さい。
 - (ア) 死亡診断書の写し、死体検案書の写し等支給前死亡者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
 - (イ) 請求者と支給前死亡者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
 - (ウ) 請求者と支給前死亡者と婚姻の届け出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明できる書類
 - (エ) 住民票の写しなど請求者が支給前死亡者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類