

【記載要領】

様式 6

障害の状態にある人の氏名を記入してください。
(例：お子様が、障害の状態であればご両親でなく、お子様の氏名)

副作用救済給付用
障害年金請求書

提出日現在における満年齢
を記入してください。

診断書の(4)欄を参考に、
疾病の名称(副作用名)又は
症状を記入してください。

(1)	フリガナ キコウ タロウ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	13 年 4 月 1 日	18 歳
請求者の氏名	機構 太郎					
(3)	フリガナ トウキョウト チョダク カスミガセキ				電 話	
現 住 所	(〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2				03 (3506) 9413	

請求書等についてお問い合わせすることがあります。
電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

診断書を参考にして具体的に記入するか、または「別添書類のとおり」と記入してください。

(4)	副作用による ものとみられる 障害の現況	
-----	----------------------------	--

(5)	副作用によるもの とみられる疾病の 名 称 又 は 症 状	ショック
-----	-------------------------------------	------

(6) (4)の障害の原因とみられる医薬品等とその入手・使用場所		
医薬品等の名称	医療機関等の名称	所在地
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3

投薬・使用証明書の(4)欄又は診断書の(6)欄に記載されている医薬品等
の中で、請求にかかる障害の原因とみられる医薬品等を記入してください。

診断書の(5)欄に記載されている「(4)の疾病について
初めて診療を受けた日」を記入してください。

(7)	(5)の疾病について 初めて診療を受け た病院又は診療所 の名称及び所在地 並びに年月日	病院又は診療所の名称 南北病院	所 在 地 東京都千代田区〇〇〇4-5-6	初 診 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 10 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
-----	--	--------------------	--------------------------	--

(8)	(5)の疾病について当機構からの医療費・医療手当 の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
-----	------------------------------------	---

(9)	(4)の障害について当機構からの障害児養育年金 の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:) 障害の等級 級・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
-----	-----------------------------------	---

(10)	(4)の障害又は(5)の疾病について訴訟又は示談の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 刑事事件 <input type="checkbox"/> 民事事件 <input type="checkbox"/> 和解 <input type="checkbox"/> 示談)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
------	---------------------------------	---

(11)	救済制度に関する情報の入手経路について	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の医療機関職員 <input type="checkbox"/> 新聞・TV 等 <input type="checkbox"/> その他()
------	---------------------	---

上記のとおり、請求に係る障害年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 1 年 6 月 1 日

提出年月日を記入してください。

請求者氏名

障害の状態にある人の氏名を記入してください。

機構 太郎

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。

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」に
チェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

障害年金

(注意)

- 1 記入欄に書ききれない場合には、同欄に「別紙」と記入し、別紙に書いて、請求書に添付して下さい。
- 2 当機構における障害児養育年金の支給の対象となっている児童が、18 歳になったことにより障害年金の請求を行おうとする場合には、(6)及び(7)の欄の記入は不要です。
- 3 (4)～(7)の欄は、医師又は歯科医師の診断書等を参照のうえ、次により記入して下さい。
 - (ア) (4)の欄には、失明、腎不全など障害の部位又は状態を具体的に記入するか、あるいは「別紙書類のとおり」と記入して下さい。
 - (イ) (5)の欄には、障害の原因となった副作用によるものとみられる疾病の名称を記入して下さい。
適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入して下さい。
 - (ウ) (6)の欄には、障害の原因とみられる医薬品等について、記入例を参考にするとともに、次により記入して下さい。
(その医薬品等が2種類以上ある場合には、それらすべてについて記入して下さい。)なお、(5)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合には、この欄の記入は不要です。
 - ① 「医薬品等の名称」は、実際に使用した医薬品、又は再生医療等製品の販売名を記入して下さい。販売名が不明の場合には一般名でも結構です。
また、知人から入手した場合など、医療機関等以外から入手、使用した場合にも同欄に記入して下さい。
医療機関から発行された院外処方箋による医薬品の場合には、おくすり手帳や薬剤情報提供文書のコピー等を可能な限り添付して下さい。
なお、(6)の欄に記載がない医薬品等であっても、障害年金・障害児養育年金診断書(様式7の(1)～様式7の(7))その他の資料において、副作用救済給付の支給又は不支給の決定のうえで必要な医薬品等の使用が明らかとなった場合には、(6)の欄に記載の医薬品と同様に、(4)の障害の原因とみられる医薬品等として取り扱うこととします。
 - ② 「医療機関等の名称」及び「所在地」には、「医薬品等の名称」に記載した各医薬品等について、投薬された、若しくは使用された病院・診療所又は入手した薬局等(処方箋に基づいて入手した場合には、処方箋を交付した病院・診療所)の名称及び所在地を記入して下さい。
- 4 (8)の欄は、(5)の疾病について、当機構からの医療費又は医療手当の受給の有無について、該当するものにチェックし、有の場合には、受給者番号を記入して下さい。
- 5 (9)の欄は、(4)の障害について、当機構からの障害児養育年金の受給の有無について、該当するものにチェックし、有の場合には、受給者番号及び障害の等級を記入して下さい。
- 6 (10)の欄は、その有無について該当するものにチェックし、有の場合には、さらに()内の該当するものにチェックして下さい。
なお、刑事事件及び民事事件については、裁判中のもの及び確定判決が出たものを含みます。
また、裁判上の和解の場合には和解を、それ以外の和解の場合には示談をチェックして下さい。
- 7 (11)の欄は、該当するものにチェックして下さい。その他の場合は、さらに()内に具体的な救済制度に関する情報の入手経路を記入して下さい。
- 8 この請求書には、次の書類を添付して下さい。
なお、(5)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合には、(イ)の書類は不要です。
また、当機構における障害児養育年金の支給の対象となっている児童が、18 歳になったことにより障害年金の請求を行おうとする場合には、(ア)及び(イ)の書類は不要です。
 - (ア) 障害年金・障害児養育年金診断書(様式7の(1)～7の(7))
 - (イ) 投薬・使用証明書(様式3)又は販売証明書(様式4)ただし、(6)の医薬品等が(ア)の診断書を作成する医師によって使用された場合(処方箋を交付した場合を含みます。)には不要です。