

【記載要領】

様式 11-2 の(2)

感染救済給付用

遺族一時金請求書

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。

提出日現在における満年齢を記入してください。

(1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ イチロウ 機構 一郎	<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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	43 年 4 月 1 日	51 歳
(3) フリガナ 現住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ (〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2			電話 03 (3506) 9413		
(4) 死亡者との身分関係	子 死亡の時の満年齢を記入してください。					
(5) フリガナ 死亡者の氏名	キコウ ハナ 機構 ハナ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	(6) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	10 年 9 月 1 日	80 歳
(7) フリガナ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ (〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2			(8) 死亡 年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 28 年 2 月 1 日	
(9) 死亡の当時診療を受けていた医療機関の 名称及び所在地	医療機関の名称	南北病院				
	所在地	東京都千代田区〇〇〇4-5-6				
(10) 死亡の原因となった生物由来製品等を介した感染等によるものとみられる疾病の名称又は症状	B型劇症肝炎					
(10-1) (10)の疾病による死亡の原因とみられるもの	<input type="checkbox"/> 生物由来製品・ <input type="checkbox"/> 再生医療等製品・ <input type="checkbox"/> 2次感染等					
2次感染等の場合	(10-2) フリガナ 1次感染者の氏名	投薬・使用証明書の(4)欄又は診断書の(7)欄に記載されている生物由来製品等の中で、請求にかかる死亡の原因とみられる生物由来製品等を記入してください。				
	(10-3) (5)の死亡者と(10-2)の者との身分関係	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 親族・ <input type="checkbox"/> その他()				
	(10-4) (10-2)の者の感染救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有(受給者番号:)・ <input type="checkbox"/> 無				
(11) 死亡の原因とみられる生物由来製品等とその入手・使用場所	生物由来製品等の名称	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			
(12) 遺族の状況	死亡者の配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であって、死亡者と生計が同一であった者のうち請求者以外の者について記入してください。					
	氏名	生年月日	(5)の死亡者との身分関係	現住所		
	機構 太郎	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 13 . 4 . 1	孫	東京都千代田区霞が関 3-3-2		
	機構 花子	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 15 . 10 . 1	孫			
		<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .		判決等の内容によっては、感染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。		
(13) 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"/> 一部負担 <input checked="" type="checkbox"/> 負担なし					
(14) (10)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:)			請求者が未成年者(18歳未満の人)の場合は、親権者又は後見人がこの請求に同意する旨を記載してください。		
(15) (10)の疾病について当機構からの障害年金又は障害児養育年金の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有(受給者番号:))・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
(16) (11)の生物由来製品等による副作用救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有(受給者番号:))・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
(17) 死亡又は(10)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					
(18) 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、請求に係る遺族一時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		請求者氏名 機構 一郎				
提出年月日を記入してください。		独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿				
〇〇が、この遺族一時金を請求することに同意します。 親権者(又は後見人) △△ △△						

診断書の(4)欄を参考に、疾病の名称又は症状を記入してください。

必ずチェック等を入れてください。