

【記載要領】

様式 17-2

感染救済給付用

未支給の救済給付請求書

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) 支給前死亡者 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 支給前死亡者 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 支給前死亡者 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	支給前死亡者が機構より支給決定を受けている場合は、支給決定通知 書に記載されている「受給者番号」を記入してください。 不明な場合は空欄でも結果です。				
(8) 死亡年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 28 年 2 月 1 日	(9) 受給者番号	001234-1			
(10) 支給前死亡者が請求又は受給中であった 救済給付の種類	感染救済給付に係る <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input checked="" type="checkbox"/> 医療手当 <input checked="" 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 checked="" 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 1 年 6 月 1 日 <div>提出年月日を記入してください。</div> 請求者氏名    機構 一郎  独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿 <div>〇〇が、この未支給の救済給付を請求することに同意します。 親権者（又は後見人）    △△    △△</div>						

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、安全対策に活用されますので、予めご了承下さい。

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。