

健康管理費用申請書

			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) 申請者氏名					
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、機構の名を出して 構わない ・ 出さないで欲しい				
(5) 二次・三次 感染について	フリガナ		申請者との 関係	配偶者・母・()	
	感染原因者の氏名				
(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 健康管理費用の受取りに関する件			
	フリガナ				
	代理人の 現住所 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			申請者 との関係	
	代理人の 氏名				
(8) 書類発送に 関する事項	1 健康管理費用振込時、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 信用金庫		支店・()	
	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					
上記のとおり、健康管理費用の支給を受けるため、必要書類を添えて申請します。 【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、代理人は申請者から委任を受けることに同意します。 【申請者が未成年のとき】併せて、親権者等はこの申請に同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (代理人を指定したとき) 親権者等氏名 _____ (申請者が未成年のとき) 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿					

*裏面の「記入上の注意」をお読みのうえご記入ください。

【 健康管理費用申請書の記入上の注意 】

- 1 (1)欄から(3)欄までは、申請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、機構の名称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、申請者が二次感染者または三次感染者の場合のみ記入してください。
- 4 (6)欄は、裁判上和解されている場合に記入してください。
- 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報告書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健康管理費用の受取りを代理人に委任する場合（すなわち、健康管理費用を代理人の口座に振込む場合）は、「2」
③①と②の両方を代理人に委任する場合は、「1」と「2」
- 6 (8)欄は、四半期ごとの健康管理費用振込通知の郵送を希望するかどうか、また機構からの通知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、お受取りができなくなりますのでご注意ください。
- 7 (9)欄は、健康管理費用の振込みを希望する口座を記入してください。なお、口座名義を申請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、申請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、申請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 この申請書には、認定用健康状態報告書（様式2）を添付してください。また、申請者が未成年のときは、親権者等の確認に使用しますので、申請者の戸籍の謄本または抄本を添付してください。申請者が二次感染者または三次感染者のときは、感染原因者との関係の確認に使用しますので、申請者の戸籍の謄本または抄本（内縁関係の配偶者である場合は事実上の婚姻関係にあることを示す書類）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) 対象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 この申請書を提出後、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。

○お問い合わせおよび書類送付先

〒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