

変更届（発症者健康管理手当用）

		個人番号	
(1) 受給者氏名		(2) 生年月日	年 月 日
変更が生じた事項のみ、変更後（新）と変更前（旧）をご記入ください。			
変更事項	変更後（新）	変更前（旧）	
フリガナ			
(3) 受給者氏名			
フリガナ			
(4) 受給者の現住所	(〒 -)	(〒 -)	
(5) 受給者の電話 (日中の連絡先)	固定 () 携帯 ()	固定 () 携帯 ()	
(6) 機構からの電話 連絡時について	機構名を出して 構わない ・ 出さないで欲しい	機構名を出して 構わない ・ 出さないで欲しい	
(7) 代理人に関する事項	委任事項	1 機構からの郵便物の受取りおよび連絡 2 機構からの発症者健康管理手当等の受取り	
	代理人住所	(〒 -)	
	フリガナ		
	代理人氏名		
	電話(日中の連絡先)	固定 () 携帯 ()	
(8) 書類発送に関する事項	1 振込通知書 不要 ・ 必要 2 郵送方法 普通 ・ 簡易書留	1 振込通知書 不要 ・ 必要 2 郵送方法 普通 ・ 簡易書留	
(9) 指定金融機関	フリガナ		
	金融機関名		
	フリガナ		
	支店名		
	フリガナ		
	口座名義		
	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	
	口座番号		
(10) その他			
<p>上記のとおり、届出事項の変更を届出ます。</p> <p>【代理人に関する変更が生じたとき】併せて、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。</p> <p>また、代理人はこの届出に同意します。</p> <p>【受給者が未成年のとき】併せて、親権者等はこの届出に同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>受給者氏名 _____</p> <p>代理人氏名 _____ (代理人を指定しているとき)</p> <p>親権者等氏名 _____ (受給者が未成年のとき)</p> <p>独立行政法人 医薬品医療機器総合機構理事長 殿</p>			

*裏面の「記入上の注意」をお読みのうえご記入ください。

【 変更届の記入上の注意 】

- 1 変更届の左半分が「変更後（新）」であり、右半分が「変更前（旧）」です。新旧の欄を間違えないように変更内容を記入してください。
 - 2 (1)および(2)欄について、必ず記入してください。
 - 3 (1)欄は、氏名の変更の場合、変更前の氏名を記入し、住民票の写し(コピー可)等をご提出ください。
 - 4 (6)欄は、機構からの電話連絡時、機構名を出して差しつかえないか否かを変更する場合、ご記入ください。
 - 5 (7)欄は、代理人を指定しているとき、以下の①から④の注意事項をご確認のうえ、変更事項の記入および記名欄(最下段)の記名を忘れずにしてください。
 - ① 受給者本人の現住所が変更され、かつ代理人も受給者と同じ住所に変更されるときは、「代理人住所」の「変更後(新)」欄に「受給者と同じ住所に変更する」と記入してください(代理人記名要)。
(例) 代理人である家族と受給者本人が同じ住所に引越しをする場合等
- ※代理人の方へお願い
受給者の住所等に変更があった場合、機構からの書類の受取りや機構との連絡についての委任の有無にかかわらず、「変更届」をご提出ください。
- ② 代理人ではなく、受給者本人が郵便物や機構からの連絡を受けることを希望する場合には「委任事項」の「1 機構からの郵便物の受取りおよび連絡」について、「変更前(旧)」にのみ○で囲んでください(代理人記名不要)。
(例) 代理人に指定されている親元から離れて、一人暮らしをする場合等
※代理人と別居であっても、代理人が郵便物や機構からの連絡を受けることも可能です。この場合は、「代理人住所」の「変更後(新)」欄に「変更なし」と記入してください。
 - ③ 機構からの郵便物や連絡および給付金を、代理人ではなく受給者本人が受取ることに変更希望の場合には、「代理人氏名」の「変更後(新)」欄に「**代理人を廃止する**」と記入してください(代理人記名不要)。
 - ④ 代理人に関して以下に該当する場合、「変更届」だけではなく「**委任状**」をご提出ください。
 - ア 発症者健康管理手当請求後に代理人を新たに指定する場合(代理人記名要)
 - イ 既に代理人を指定している場合で、代理人を変更する場合(新たな代理人の記名のみ要)
 - ウ 既に代理人を指定している場合で、当該代理人への委任事項を追加する場合(代理人記名要)
- 6 (8)欄は、四半期ごとの発症者健康管理手当振込通知の郵送を希望するかどうか、および機構からの通知等郵送方法について変更がある場合、ご記入ください。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を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、発症者健康管理手当の振込先口座を変更する場合、記入してください。
- 8 (10)欄は、(3)から(9)欄に該当しない変更が生じる場合に記入してください。
(例) 受給者または代理人の現住所には変更がないが、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
- 9 記名欄(最下段)は、受給者が記名するとともに、代理人を指定しているときは代理人も記名してください。また、受給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)。

○お問い合わせ先および書類送付先

〒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

委 任 状

年 月 日

私は、_____氏を代理人と定め、下記の事項を委任します。
代理人の代理行為から生じた私と代理人との問題については、独立行政法人
医薬品医療機器総合機構（以下「機構」という。）は一切その責任を負う必要が
ないことを確認します。

記

（委任する事項の番号を○で囲んでください。）

1. 機構からの書類の受取り、問い合わせ等の機構との連絡の件
2. 発症者健康管理手当等の受取りに関する件

（ 委 任 者 ）

住 所 _____

氏 名 _____

固定電話 () _____

携帯電話 () _____

私は、_____氏から委任を受け、上記事項に係る事務を
代理して行うことに同意します。

（ 代 理 人 ）

住 所 _____

(フリガナ) _____

氏 名 _____

固定電話 () _____

携帯電話 () _____

委任者との関係 _____

（委任者から見た代理人の関係）

* 裏面の「記入上の注意」をお読みのうえご記入ください。

【 委任状の記入上の注意 】

代理人を指定する場合について

1. 代理人を指定する場合は、委任状のご提出をお願いします。
2. 次のような場合には、親族等を代理人とすることができます。
 - (1) 機構からの書類の送付、問い合わせ等の連絡が自分あてにされることを避けたい場合
 - (2) 自分の口座に発症者健康管理手当等が振込まれることを避けたい場合
3. 代理人を指定する場合は、発症者健康管理手当支給申請書の代理人に関する事項欄に必要な事項を記入し、本委任状の最下段の記名欄に代理人が記名してご提出ください。

○お問い合わせ先および書類送付先

〒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