

## ■入力用PDFフォームの利用について

遺族年金請求書 [様式11] (入力用PDF) は、必ずPDFファイルを端末上にダウンロードした後、「Adobe Acrobat Reader DC」からPDFファイルを開き、入力を行ってください。Microsoft Edgeなどのブラウザで開いた場合、入力や印刷が正常にできない場合があります。

### Windows10の場合

- ① 遺族年金請求書 [様式11] (入力用PDF) をご自身のPCに保存する。
- ② 保存したPDFファイルを右クリックして「プログラムから開く(H)」→「Adobe Acrobat Reader DC」を選択して、PDFファイルを開いてください。

PDFフォームへの入力を行うには「Adobe Acrobat Reader」が必要です。Adobe公式サイトより最新のバージョンに更新の上、ご利用ください。

<https://get.adobe.com/jp/reader/>

## ■入力・印刷について

「入力フォーム 1」「入力フォーム 2」は入力をサポートする為のページです。入力された内容は4ページ目の「遺族年金請求書」に反映されます。請求時には、4ページ目以降を印刷してご使用ください。

入力フォーム 1

入力フォーム 2

遺族年金請求書

- 両面印刷ではなく片面印刷していただきますようお願いいたします。
- 印刷時には拡大・縮小を行わないようにしてください。

# 副作用救済給付用 遺族年金請求書 入力フォーム1

請求者の名前

請求者の名前（フリガナ）

性別

男  女

生年月日

明治  大正  昭和  
 平成  令和

年	月	日
---	---	---

年齢

歳
---

郵便番号

電話番号

現住所

フリガナ ( )
----------

死亡者との身分関係（死亡者からみた身分）

死亡者の名前

死亡者の名前（フリガナ）

死亡者の性別

男  女

死亡者の生年月日

明治  大正  昭和  
 平成  令和

年	月	日
---	---	---

死亡時の年齢

歳
---

死亡当時の郵便番号

死亡当時の住所

フリガナ ( )
----------

死亡年月日

平成  令和

年	月	日
---	---	---

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

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	

副作用によるものとみられる疾病の名称（病名）または症状 診断書の（4）を参考に記入してください

## 副作用救済給付用 遺族年金請求書 入力フォーム2

死亡の原因とみられる医薬品名と、医薬品を処方した医療機関や医薬品を購入したドラッグストアの名称、所在地

医薬品等の名称	医療機関等の名称	医療機関等の所在地

### 遺族の状況

名前		死亡者との 身分関係	
現住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日

名前		死亡者との 身分関係	
現住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日

名前		死亡者との 身分関係	
現住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日

名前		死亡者との 身分関係	
現住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日

名前		死亡者との 身分関係	
現住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日

死亡者が請求者の生活費を  全額負担  一部負担

今までに医療費・医療手当を受給したことがありますか  有  無

<input type="checkbox"/> 有	受給者番号
<input type="checkbox"/> 無	

今まで障害年金／障害児養育年金を受給したことがありますか  有  無

<input type="checkbox"/> 有	受給者番号
<input type="checkbox"/> 無	

死亡または疾病について訴訟又は示談の有無

有 (  刑事事件  民事事件  和解  示談 ) ・  無

救済制度に関する情報の入手経路について

医師  歯科医師  薬剤師  その他の医療機関職員  新聞・TV等  その他

--

請求日 令和 年 月 日

副作用救済給付用  
遺族年金請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名			<input 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 type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(3) フリガナ 現住所	( 〒 - )					電話 ( )	
(4) 死亡者との身分関係							
(5) フリガナ 死亡者の氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(6) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(7) フリガナ 死亡者が死亡の 当時有していた住所	( 〒 - )			(8) 死亡 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 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						
	所在地						
(10) 副作用によるとみられる 疾病の名称又は症状							
(11) 死亡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			
(12) 遺族の状況							
氏名	生年月日		(5)の死亡者との 身分関係	現住所			
	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .						
	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .						
	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .						
	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .						
	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 . .						
(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"/> 全額負担 <input type="checkbox"/> 一部負担				
(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: )・ <input type="checkbox"/> 無				
(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 type="checkbox"/> 無				
(16) 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 type="checkbox"/> 無				
(17) 救済制度に関する情報の入手経路について			<input 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 年 月 日							
請求者氏名							
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿							

## 遺族年金

(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 (4)の欄には、夫、妻、子、父、母など死亡者との具体的な関係を記入して下さい。
- 3 (10)及び(11)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) (10)の欄には、死亡の原因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。  
(イ) (11)の欄には、死亡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のと同時に、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、(10)の疾病について、当機構から医療費、医療手当、障害年金又は障害児養育年金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、(11)の欄に記載がない医薬品等であっても、遺族年金・遺族一時金・葬祭料診断書(様式12の(1)又は様式12の(2))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、(11)の欄に記載の医薬品と同様に、(10)の死亡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 (12)の欄には、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下さい。
- 5 (13)の欄には、死亡者と請求者との生計関係について、該当するものにチェックして下さい。
- 6 (14)の欄には、(10)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。
- 7 (15)の欄は、(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。
- 8 (16)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( )内の該当するものを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。
- 9 (17)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。
- 10 この請求書には、次の書類を添付して下さい。  
なお、(10)の疾病について、当機構から医療費、医療手当、障害年金又は障害児養育年金の支給の決定があった場合には、(イ)の書類は不要です。
  - (ア) 遺族年金・遺族一時金・葬祭料診断書(様式12の(1)または12の(2))
  - (イ) 投薬・使用証明書(様式3)又は販売証明書(様式4)  
ただし、(11)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。
  - (ウ) 死亡した者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類(死亡診断書の写し、死体検案書の写し等。ただし、住民票の写しについては不要です。)
  - (エ) 請求者と死亡した者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
  - (オ) 請求者が死亡した者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類(ただし、住民票の写しについては不要です。)
  - (カ) 請求者が死亡した者の死亡の当時その者によって生計を維持していたことを証明することができる書類(ただし、住民票の写しについては不要です。)