

# 受給者カード申込書

年 月 日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

健康被害救済部企画管理課 行

私は受給者カードの発行を希望いたします。

1	受給者番号	
2	受給者氏名	(ふりがな)..... 氏名 _____
3	ご住所 (受給者カード のお届け先)	〒 _____
4	電話番号	☎ _____
5	※この欄については 障害児養育年金受給 者の方で、副作用被 害救済を受けた方が 受給者の方と異なる 場合のみご記載くだ さい。	(ふりがな)..... 氏名 _____

氏名を記載しないことを希望します。

※受給者カードに氏名を記載しないことを希望される方は、上記の枠内にチェックを入れてください。

※この申込書は受給者カード(別紙にご案内があります。)の発行を希望される方のみお送りください。希望されない方は、お送りいただく必要はありません。



お問い合わせ先：独立行政法人医薬品医療機器総合機構

健康被害救済部企画管理課

☎03-3506-9460