

健康管理支援事業について



独立行政法人
医薬品医療機器総合機構

令和5年9月

厚生労働省の局名について

厚生労働省の組織改編に伴い、令和5年9月1日より以下の局名が変更となりました。

つきましては、「健康管理支援事業について」内の以下の記載内容についても、読み替えてご利用くださいますようお願いいたします。

- ・ 医薬・生活衛生局 → 医薬局
- ・ 健康局 → 健康・生活衛生局

ご不明な点等がございましたら下記までお問い合わせください。

〒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

目 次

I	健康管理支援事業の概要	1
1	はじめに	1
2	健康管理支援事業の対象となる方	2
3	発症者健康管理手当を受けるための手続き	2
4	発症者健康管理手当の支給金額	2
5	健康管理支援事業のしくみ	3
II	発症者健康管理手当の請求の手続き	6
1	支給の請求	6
2	請求の受付月	6
3	請求に必要な書類	6
4	請求書記入に関する注意事項	6
5	代理人を指定する場合	7
6	請求者が18歳未満の場合	7
7	通知等の送付を簡易書留で行うことを希望される方	8
8	提出先	8
9	請求後の機構からの照会等	8
III	支給決定通知等	10
1	請求書受領および個人番号のお知らせ	10
2	支給決定の通知	10
IV	現況届	11
V	健康状態報告書および生活状況報告書	12
1	報告書の提出（任意）	12
2	報告書提出に関する注意事項	13
VI	発症者健康管理手当等の支給・振込	14
1	発症者健康管理手当の支給	14
2	発症者健康管理手当の振込	14
3	発症者健康管理手当の支給金額	15

4	発症者調査協力金の支給・振込・支給金額	15
5	給付の非課税	15
VII	変更届	16
VIII	支払いの終了	16
1	未支給の発症者健康管理手当の請求	16
2	未支給の発症者調査協力金の請求	16
3	過払金の返還	17
IX	お問い合わせ	17

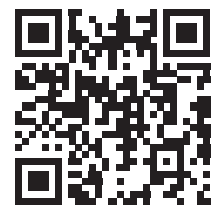
[請求書等書式] (本冊子末尾)

発症者健康管理手当 支給請求書 (様式第 1 号)
病状報告 (発症者健康管理手当用) (様式第 2 号)
現況届 (発症者健康管理手当用) (様式第 3 号)
変更届 (発症者健康管理手当用) (様式第 4 号)
委任状

各様式は機構のホームページからもダウンロードできます。

<https://www.pmda.go.jp>

こちらからもアクセスできます →



I 健康管理支援事業の概要

1 はじめに

(1) H I V（ヒト免疫不全ウイルスをいう。以下同じ。）が混入した血液凝固因子製剤の投与によりH I Vに感染した方、二次感染者（血液凝固因子製剤によるH I V感染者を介してH I Vに感染した配偶者その他これに準ずる方。以下同じ。）および三次感染者（血液凝固因子製剤によるH I V感染者、または、二次感染者からの出生によりH I Vに感染した子。以下同じ。）のうち、エイズを発症し、かつ裁判上の和解が成立している方に対し、発症者健康管理手当を支給し、エイズ発症に伴う健康管理に必要な費用の負担を軽減し、福祉の向上を図ることを目的として本健康管理支援事業が実施されています。

※日本赤十字社が製造した全血製剤および血液成分製剤の投与を受けたことによりH I Vに感染しエイズを発症した方は、この事業の対象とはなりません（別事業の対象となります）。

(2) この事業は、厚生労働省の指導の下に、「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業実施要綱」に基づいて、公益財団法人 友愛福祉財団（以下「友愛」という。）が実施しており、その事務について友愛から委託を受けた独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（以下「機構」という。）が、請求の受付、発症者健康管理手当の振込等を行います。

(3) 機構の職員には法律上秘密保持義務が課せられており、実際の事務取扱に当たってもきめ細かな配慮を行っております。

2 健康管理支援事業の対象となる方

事業の対象となる方は（１）と（２）を満たす方となります。

- （１）血液凝固因子製剤の投与を受けたことによるＨＩＶ感染者および二次感染者または三次感染者であって、エイズを発症している方。
- （２）平成８年３月２９日付けの東京地方裁判所または大阪地方裁判所における和解、もしくはこれらに相当する裁判上の和解が成立した方（いわゆるＨＩＶ訴訟において裁判上の和解が成立した方）。

3 発症者健康管理手当を受けるための手続き

次の２つの手続きをすることが必要です。

（１）請求と支給決定

発症者健康管理手当支給請求書（様式第１号）（以下「請求書」という。）に医師が記入した病状報告（発症者健康管理手当用）（様式第２号）（以下「病状報告」という。）を添えて請求し、この事業の対象者として支給決定されることが必要です。

なお、既に発症者健康管理手当の支給を受けている方で、現況届（発症者健康管理手当用）（様式第３号）（以下「現況届」という。）および住民票の写しまたは先天性血液凝固因子障害等受給者証のコピーを提出した方は、継続して支給されますので、新たに請求を行う必要はありません。

（２）現況届の提出

この事業の対象者として支給決定された方は、年１回現況届に必要事項を記入し、住民票の写し*または先天性血液凝固因子障害等医療受給者証のコピーを添えて、提出期限内（８月１日～８月３１日）に提出することが必要です。

*「住民票の写し」はコピーではなく、市区町村等に取り寄せた「そのもの」をご提出ください。

4 発症者健康管理手当の支給金額

月額 １５０，０００円

支払金額については、この事業の対象者として支給決定された方に送付する発症者健康管理手当支給決定通知書（以下「支給決定通知書」という。）によ

りご案内します。

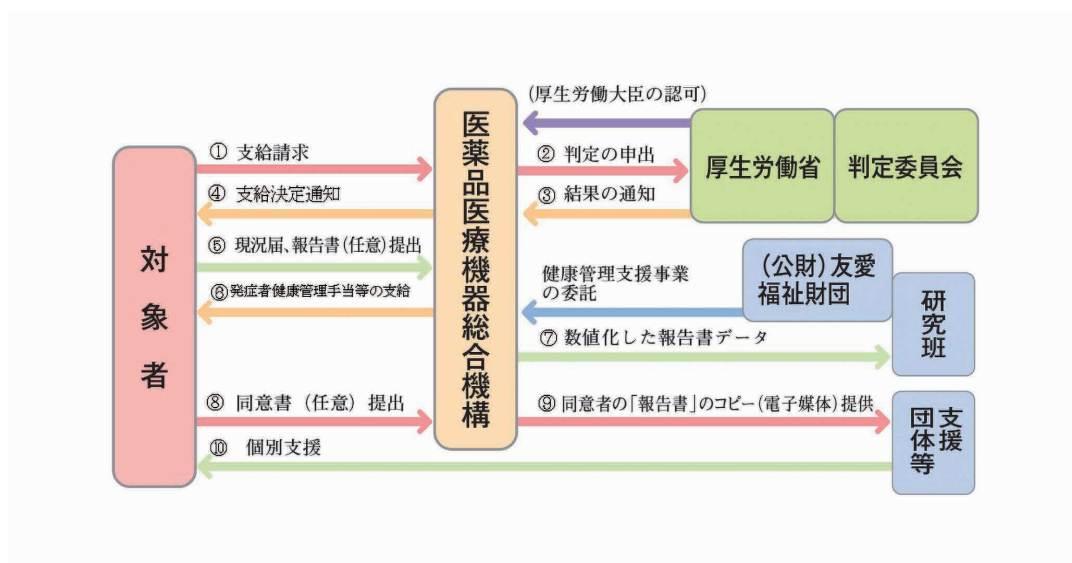
また、支払日については振込通知書によりご案内します。

※期限を過ぎても現況届の提出がない場合は、お電話や文書にてご連絡いたします。

5 健康管理支援事業のしくみ

健康管理支援事業は次のようなしくみで行われています。

(1. はじめに (2) に記載のとおり)



①支給請求

この事業により発症者健康管理手当を受けようとする方（またはその代理人）は、機構に対して、**請求書に医師が記入した病状報告等**を添えて請求し、本事業の対象者に該当する旨の支給決定をされることが必要です。

②判定の申出および③結果の通知

支給請求があった場合には、機構は厚生労働省医薬・生活衛生局に設置されているHIV感染判定委員会（以下「判定委員会」という。）に、エイズを発症しているかどうかの判定を申し出ます。その判定結果は機構に通知されます。（請求者が、「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」に基づく特別手当の支給を受けていた場合は、判定委員会における判定は不要となります。）

④支給決定通知

機構は、この事業の対象者として支給決定された方に支給決定通知書を送

付します。支給決定には通常数か月間の期間を要します。

⑤現況届の提出

この事業の対象者として認定された方は、**年1回現況届に必要事項を記入し、住民票の写しまたは先天性血液凝固因子障害等医療受給者証のコピーを添えて、提出期限内（8月1日～8月31日）に提出することが必要です。**

⑥発症者健康管理手当等の支給

この事業の対象者として支給決定された方は、3か月分ずつまとめて、発症者健康管理手当が支給されます。発症者健康管理手当は、対象者があらかじめ指定した銀行等の金融機関の口座に機構が直接振込みます。

なお、新たに請求された方は、機構が書類を受け取った月の翌月分から手当が支給されます（請求書の記入月と、機構が受け取った月が相違する場合は、消印日が受付日となります）。

支払日については、振込通知書によりご案内します。

また、この事業の対象者が現況届を提出時に、健康状態報告書、生活状況報告書の両方またはいずれか一方をご提出いただいた場合、調査研究事業の任意の協力者として、発症者調査協力金が支給されます。発症者調査協力金は、対象者が指定した発症者健康管理手当の振込先口座に機構が年1回振込みます。

支払日については、振込通知書によりご案内します。

⑦数値化した報告書データ

ご提出いただいた健康状態報告書、生活状況報告書は、個人情報を除いて数値化し、調査研究事業の任意の協力者のデータとして、血液製剤によるHIV感染者等のエイズの発症予防に資する研究に役立てられることを目的として、友愛に設置された「研究班」に提供します。

報告書を提供されなくても、「発症者健康管理手当」は支給されます。

⑧同意書（任意）提出

支援団体等からの個別の支援を希望される方は、個人情報提供に関する同意書（以下「同意書」という。）を提出してください（任意）。

⑨同意者の「同意書」および「報告書」のコピー（電子媒体）提供

同意書をご提出された場合、当該年度の現住所・氏名・電話番号（同意書のコピー（電子媒体））、健康状態報告書および生活状況報告書のコピー（電子媒体）を、各支援団体、国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センター（ＡＣＣ）およびブロック拠点病院に提供します（提供先は受給者の希望による）。

⑩個別支援

情報提供を受けた支援団体等は、皆様の回答の内容を踏まえ、支援の必要性・緊要性などを判断し、皆様にご連絡をした上で個別支援につなげることを予定しています。

先に記載した、請求書の受付、発症者健康管理手当等の振込み等すべての事務は、機構が直接行い、都道府県や市町村などの公共機関を経由することはありません。

希望される方は、代理人を指定して、事務手続きや発症者健康管理手当等の受取りを代行させることもできます。また、通知や発症者健康管理手当等の振込みにあたっては、H I V感染者を想起させるような表現は使用しません。

Ⅱ 発症者健康管理手当の請求の手続き

1 支給の請求

発症者健康管理手当の支給を受けようとされる方は、下記の3の書類を、機構に提出してください。

※請求書を提出されても、本事業の対象基準に該当しない場合は、対象者となりません。

2 請求の受付月

請求書の受付に関し、請求書の記入月と、機構が受け取った月が相違する場合は、請求書を郵送した封筒の消印日が受付日になります。なお、給付は、機構が書類を受け取った月の翌月から開始します。

3 請求に必要な書類

(1) 発症者健康管理手当支給請求書（様式第1号）

(2) 病状報告（発症者健康管理手当用）（様式第2号）

医師に作成してもらってください。

※(2)の書類は請求者が「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」に基づく特別手当の支給を受けていた場合は不要です。

(3) 戸籍謄本または戸籍抄本

請求者が18歳未満の場合のみ必要です。

※(1)(2)は本冊子の末尾に添付しています。

4 請求書記入に関する注意事項

請求書の作成にあたっては、請求書裏面の「発症者健康管理手当支給請求書の記入上の注意」をよく読み、それにしたがってください。

○請求書 記名欄（最下段）について

請求日（請求書提出日）を必ず記入し、各該当氏名欄に記名してください。

5 代理人を指定する場合

請求者が、以下の理由により、親族、主治医等を代理人として指定する場合、請求には代理人の同意が必要です。

- (1) 請求後の機構からの照会、各種通知の送付等を代理人に対して行うよう希望される場合
- (2) 発症者健康管理手当の振込を代理人の指定金融機関の口座に行うよう希望される場合

※請求後、支給決定された対象者が新たに代理人を指定される場合、代理人を変更される場合、または、委任事項を追加される場合は、変更届（発症者健康管理手当用）（様式第4号）（以下「変更届」という。）と「委任状」の提出が必要となります。

なお、代理人への委任事項を解除する場合は代理人の記名は不要です。

代理人の行う行為はすべて本人の行為とみなされます。仮に本人と代理人との間でトラブルが生じて、機構は一切の責任を負いかねますので、その旨十分にご承知いただくとともに、代理人には信頼のおける方を選任されるようお願いいたします。

○請求書「代理人」欄について

代理人を指定する場合は、請求書の(7)「代理人に関する事項」欄に必要な事項を記入してください。その際、委任事項を忘れずに記入してください（該当する番号を○で囲む）。

また、最下段の記名欄の「代理人氏名」のところに、代理人が記名して提出してください。（代理人と親権者が同じ場合は両方に記名してください。）

※請求に同意する旨の記入について

「代理人氏名」に記名することで、代理人が請求者から委任を受けることに「同意」したことになります。

6 請求者が18歳未満の場合

請求者が18歳未満の場合、請求には親権者または後見人（以後「親権者等」という。）の同意が必要です。親権者等の確認のために使用しますので、請求の際には請求者の戸籍謄本または戸籍抄本（親権者等との続柄がわかるも

の)を提出してください。

○請求書「親権者等氏名」記名欄（最下段）について

請求書の最下段の記名欄の「親権者等氏名」のところに、親権者等が記名してください（親権者と代理人が同じ場合は両方に記名してください）。

※請求に同意する旨の記入について

請求者が18歳未満の場合、親権者等が請求書の「親権者等氏名」欄に記名することで、親権者等が請求に「同意」したことになります。

7 通知等の送付を簡易書留で行うことを希望される方

機構から通知等を送付する際は、はがきは使用せず封書で送ります。

また、H I V感染者を想起させる表現は一切使用しませんので、秘密が漏れる心配はありませんが、簡易書留郵便での送付を希望される方は、請求書の(8)「書類発送に関する事項」の「2 機構からの振込通知等の郵送方法に関する希望」の「簡易書留」を○印で囲んでください。

ただし、簡易書留での郵便の場合、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、お受け取りができなくなりますので、ご注意ください。

8 提出先

直接、機構に送付してください。

〒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

9 請求後の機構からの照会等

請求書を受け付けた後、請求書に記入漏れがあるときや添付資料に不足があるときなどは、機構から、請求書に記入された住所または電話あてに照会をすることがありますので、あらかじめご承知おきください。

機構からの書類送付あるいはお問い合わせについて代理人を指定している場合は、代理人あてに照会します。

なお、連絡時、機構名を出すことを希望されない方に対しては担当者個人名で連絡を取ります。

また、病状報告（様式第2号）や、任意でご提出いただいた健康状態報告書（健1）の内容について照会の必要がある場合、迅速な事務処理のために機構が直接、医師に照会することもありますので、ご承知おきください。

Ⅲ 支給決定通知等

1 請求書受領および個人番号のお知らせ

請求書を受け付けたときは、請求者あてに請求書受領と個人番号をお知らせします（機構では、請求者および受給者の方々の個人情報保護の観点から、直接の担当者が行う業務において必要な場合を除き、個人名は使用せず、個人番号により業務を行うこととしております）。

個人番号の通知を受けた方は、お問い合わせやご連絡の際には個人番号をお伝えくだされば、必ずしもお名前を名乗っていただく必要はありません。

2 支給決定の通知

請求者には、機構から結果を通知します。

請求に基づいて必要な手続きを行った後、健康管理支援事業の対象者として支給が決定された方には支給決定通知書を送付します。この通知書には、受給者番号（個人番号と同じ番号になります）、支給開始年月および給付金額が記載されています。

※本事業の対象基準に該当しないと判定された場合は、不支給となり、その旨の通知書を送付します。

Ⅳ 現況届

(1) 機構からの送付時期

受給者の方には毎年7月に機構から現況届提出の願いを送付します。

ただし、請求に際して医師が記入した病状報告を提出した方は、支給決定を受けた日から1年以内は提出の必要がありません。

(2) 機構への提出時期

現況届を各年度8月1日から8月31日までの間に機構に提出してください。

なお、期日が過ぎても現況届をご提出されないときは、次回からの発症者健康管理手当等の支払いを一時中止することになりますので、ご注意ください。

(3) 提出書類

以下のものをご提出ください。

①現況届（発症者健康管理手当用）（様式第3号）

（提出する年の7月1日以降作成のもの）

②次のいずれか1通

・住民票の写し

（提出する年の7月1日以降に市区町村等で発行のもの（コピーではなく、市区町村等で取得された「そのもの」をご提出ください）。

・先天性血液凝固因子障害等医療受給者証*のコピー

（提出する年の7月1日以降を有効期間とするもの）

* 受給者証の名称については、都道府県によって異なります。

* 「〇〇特定疾病療養受療証」ではありませんので、ご注意願います。

V 健康状態報告書および生活状況報告書

1 報告書の提出（任意）

（１）新規支給決定者

①機構からの送付時期

今年度新たに請求し支給決定された方には、支給決定通知書送付時に健康状態報告書と生活状況報告書を送付します。

②機構への提出時期

報告書の提出は任意となります。

ご協力いただける場合には、健康状態報告書は支給決定された月の属する期から該当年度の第2期まで記入し、生活状況報告書は提出時の日常生活の状態を記入して、提出期限までに機構に提出してください。

（２）前年度の事業対象者

①機構からの送付時期

前年度からの受給者には、毎年7月の現況届送付時に健康状態報告書と生活状況報告書を送付します。

②機構への提出時期

報告書の提出は任意となります。

ご協力いただける場合には、健康状態報告書は前年度第3期から当年度第2期まで記入し、生活状況報告書は提出時の日常生活の状態を記入して、毎年度8月1日から8月31日までの間に機構に提出してください。

③死亡により年度途中で事業が終了となった場合

該当期のみ記入していただき、その時点での提出をお願いいたします。

期 間	前年度		当年度	
	第3期	第4期	第1期	第2期
健康状態報告書	第3期分	第4期分	第1期分	第2期分
生活状況報告書	提出時の状態			
提出期日	各年度8月1日～8月31日			

2 報告書提出に関する注意事項

- (1) 報告書を提出されなくても、「発症者健康管理手当」は支給されます。
- (2) **健康状態報告書は、各期のご自身の検査結果などを記入していただくものになりますので、かかりつけの医師に作成を依頼してください。**

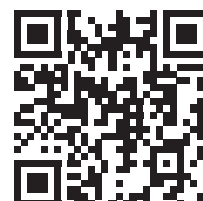
受診日等の都合により提出が遅れる場合はご連絡ください。

なお、全ての項目にご回答いただくことが望ましいですが、可能な範囲の記入でかまいません。

- (3) **生活状況報告書は、提出時の日常生活の状態をご記入いただくもので、対象者が作成するものです。**報告書記入日の日付も忘れずに記入してください。
- (4) ご提出いただいた健康状態報告書、生活状況報告書は、個人情報を除いて数値化し、調査研究事業の任意の協力者のデータとして、血液製剤によるHIV感染者等のエイズの発症予防に資する研究に役立てられることを目的として、友愛に設置された「研究班」に提供します。
- (5) 健康状態報告書、生活状況報告書の両方または、いずれか一方をご提出いただいた受給者に、調査研究事業の任意の協力者として、「発症者調査協力金」が支給されます。医療機関の受診日等により、期限以降に報告書をご提出いただく場合、「発症者調査協力金」のお支払いができなくなることもございますので、あらかじめご了承ください。
- (6) 報告書は毎年少しずつ様式変更を行っています。お手元に過年度のものがある場合でも使用せず、該当年度のものを機構ホームページからダウンロードいただくか、ご連絡くだされば送付いたします。

<https://www.pmda.go.jp>

こちらからもアクセスできます →



Ⅵ 発症者健康管理手当等の支給・振込

1 発症者健康管理手当の支給

(1) 初回の支給

新たに請求し支給決定された方には、請求のあった日（機構が請求書類を受け付けた日。以下「受付日」という。）の属する月の翌月分から発症者健康管理手当が支給されます。

※請求書の記入月と機構が受け付けた月が相違する場合は、消印日が受付日となります。

なお、「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」に基づく特別手当の支給を受けていた方（和解時点で発症している方）の場合、定められた条件に合致すれば、請求時以前（最大限で平成8年4月）にさかのぼって支給されることがあります。

(2) 2回目以降の支給

(1) による初回の支給を既に受けられている方は、各年度の8月1日から8月31日までの間に現況届を機構にご提出ください（「Ⅳ 現況届」をご参照ください）。ご提出されない場合は、機構から問い合わせをします。回答がない場合には、一定の猶予期間を経て、第2期10月支給分からの支払いを差し止めることとなりますので、ご注意ください。

また、(1)(2)のいずれの支給においても、次の表のように原則として4～6月分を7月に、7～9月分を10月にというように、3か月分ずつまとめて行います。

支給日については、振込通知書に記載してご案内します。

期 間	第1期 (4～6月分)	第2期 (7～9月分)	第3期 (10～12月分)	第4期 (1～3月分)
支給月	7月	10月	1月	4月

2 発症者健康管理手当の振込

発症者健康管理手当は、請求書に記入した銀行等の金融機関の口座に機構が直接振込みます。希望者には、そのつど振込通知書を送付します。

振込にあたってはHIV感染者を想起させる表現は使用しません。

銀行口座を変更する場合は、速やかに変更届をご提出ください。機構では、次の支払日の15営業日前までにこの変更届を受け取ったときには、変更後の新しい口座に振込みます。

3 発症者健康管理手当の支給金額

月額 150,000円

4 発症者調査協力金の支給・振込・支給金額

年1回現況届の提出時に健康状態報告書、生活状況報告書の両方または、いずれか一方をご提出いただいた受給者に、調査研究事業の任意の協力者として、発症者調査協力金が支給されます。

発症者調査協力金は、受給者が指定した発症者健康管理手当の金融機関の口座に、第4期の発症者健康管理手当に合算して、機構が直接振込みます。

支給日については、振込通知書に記載してご案内します。

期間	年1回
支給月	第4期（4月）
支給金額	5,000円

5 給付の非課税

この事業により機構から支給された給付金は、医薬品医療機器総合機構法に基づき、課税の対象とはなりません。

Ⅶ 変更届

氏名、住所、振込先金融機関の口座または通知等郵送方法を変更した場合、あるいは代理人の事項に変更がある場合は、下記（１）および（２）にご留意の上で変更届（様式４）に変更内容を記入し、速やかにご提出ください。変更届の用紙がお手元にはない場合は、機構ホームページからダウンロードいただくか、機構へご連絡くだされば送付します。

（１）氏名の変更があった場合、変更後の住民票の写し等（コピーでもかまいません）を添付してください。

（２）代理人に関する事項のうち、新たに代理人を選任する場合または代理人を変更する場合には、変更届のほか、委任状についても提出をお願いします。

※代理人の方へお願い

対象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、変更届をご提出願います。

Ⅷ 支払いの終了

健康管理支援事業の対象者の方が不幸にして亡くなられた場合は、亡くなられた日の属する月まで発症者健康管理手当等をお支払いいたします。手続きに必要な書類を送付いたしますので、機構へご連絡ください。

１ 未支給の発症者健康管理手当の請求

未支給の発症者健康管理手当（受給者が死亡により支給を受けられなかった発症者健康管理手当）があれば、受給者と生計を同じくしていたご遺族の方に発症者健康管理手当を亡くなられた日の属する月までお支払いします。

２ 未支給の発症者調査協力金の請求

機構が定めた提出期限までに受給者・代理人・遺族が健康状態報告書および生活状況報告書の両方またはいずれかを提出された場合には、未支給の発症者調査協力金（受給者が死亡により支給を受けられなかった発症者調査協力金）があれば、受給者と生計を同じくしていたご遺族の方に未支給分の発症者調査

協力金をお支払いします。

なお、各報告書は毎年7月に受給者に一斉送付しますが、送付前に死亡連絡がありご遺族が希望する場合は、例外的に随時送付します。

3 過払金の返還

受給者の方が亡くなられた場合、機構に届出が遅れ発症者健康管理手当の過払いが生じますと、過払い分を返還していただくことになりますので、ご遺族の方は速やかに機構にご連絡くださるようお願いいたします。

IX お問い合わせ

この健康管理支援事業について、ご不明な点や請求に際しわかりにくい点などがありましたら、下記までお問い合わせください。

〒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

電話 03-3506-9415（直通）

E-mail kyuusai@pmda.go.jp（専用）

請求書等書式

※ 1、3、4、5については、各用紙の裏面の「記入上の注意」をよくお読みのうえ、請求者もしくは代理人がご記入ください。

※ 2については、手引き後半の記入例を参考に、医師に作成していただいでください。

1 発症者健康管理手当支給請求書（様式第1号）

発症者健康管理手当を**請求するときに提出**します。

6 ページ 「Ⅱ 発症者健康管理手当の請求の手続き」参照

2 病状報告（発症者健康管理手当用）（様式第2号）（医師が作成）

請求書とともに提出します。

（「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」に基づく特別手当の支給を受けている方は、提出する必要はありません。）

6 ページ 「Ⅱ 発症者健康管理手当の請求の手続き」参照

3 現況届（発症者健康管理手当用）（様式第3号）

受給者が**1年に1回、8月に提出**します。

（用紙は7月に送付しています。）

11 ページ 「Ⅳ 現況届」参照

4 変更届（発症者健康管理手当用）（様式第4号）

氏名、住所、代理人、金融機関などに**変更があったときに提出**します。

16 ページ 「Ⅶ 変更届」参照

5 委任状

請求後に代理人を指名する場合、代理人を変更する場合、または、委任事項を追加する場合に提出します。

7 ページ 「5 代理人を指定する場合」参照

これらの用紙は、コピーして使っても、切り取り線より切り取って使っても結構です。また、下記機構のホームページよりダウンロードが可能です。ご請求いただければ、必要な枚数を送付します。

（機構ホームページ <https://www.pmda.go.jp>）

発症者健康管理手当 支給請求書

		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) 請求者氏名				
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、機構名を出して 構わない ・ 出さないで欲しい			
(5) 特別手当 受給の有無	有 (受給者番号 -) ・ 無			
(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 発症者健康管理手当の受取りに関する件		
	フリガナ			
	代理人の 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			請求者 から見た 代理人の 関係
	代理人の 氏名			
(8) 書類送達に 関する事項	1 発症者健康管理手当振込時、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 支店 ・ () 信用金庫		
	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、発症者健康管理手当の支給を請求します。 【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、代理人は請求者から委任を受けることに同意します。 【請求者が未成年のとき】併せて、親権者等はこの請求に同意します。 年 月 日 請求者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (代理人を指定したとき) 親権者等氏名 _____ (請求者が未成年のとき) 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。

【 発症者健康管理手当 支給請求書の記入上の注意 】

- 1 (1)欄から(6)欄までは、発症者(和解者)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、機構名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、機構から特別手当を受給していたかどうかを記入してください。また、特別手当を受給していた方は、「有」を○で囲むと同時に、受給者番号(****-0)を記入してください(受給者番号がおわかりにならないときは記入しなくてもかまいません)。
- 4 (6)欄は、和解調書に調印した年月日と裁判所名、原告番号を記入してください。
- 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 現況届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 発症者健康管理手当の受取りを代理人に委任する場合(すなわち、発症者健康管理手当を代理人の口座に振込む場合)は、「2」
 - ③ ①と②の両方を代理人に委任する場合は、「1」と「2」
- 6 (8)欄は、四半期ごとの発症者健康管理手当振込通知書の郵送を希望するかどうか、また機構からの通知書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を希望する口座を記入してください。なお、口座名義を請求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、請求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、請求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 この請求書には、病状報告(発症者健康管理手当用:様式第2号)を添付してください。
ただし、機構から特別手当を受給していた請求者は、病状報告は不要です。また、請求者が未成年のときは、親権者等の確認に使用しますので、請求者の戸籍の謄本または抄本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)請求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 この請求書を提出後、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。

※機構が定める提出期限までに健康状態報告書(医師作成)、生活状況報告書(受給者作成)の両方またはいずれか一方をご提出いただいた受給者に、調査研究事業の任意の協力者として請求者が指定した発症者健康管理手当の口座に年一回「発症者調査協力金」を振込みます。

○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

病状報告（発症者健康管理手当用）

		個人番号		(記入不要)	
(1) 患者の氏名		性 別		(2) 年 齢	
		1. 男	2. 女	歳	

(3) 後天性免疫不全症候群の指標疾患

診断方法

1 鏡検（細胞または組織）	4 血清学的検査（抗体測定等）	7 X線検査
2 培養等微生物学的手法	5 抗原検査	8 超音波またはCT
3 内視鏡	6 視診、聴診等日常の臨床検査	9 その他

診断方法は、1～9の該当番号（複数検査による場合は複数番号）を（ ）内に記入してください。

疾患名	診断方法
A. 真菌症	
1 カンジダ症 （食道、気管、気管支、肺）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位
2 クリプトコッカス症 （肺以外）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：
3 コクシジオイデス症 （①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：
4 ヒストプラズマ症 （①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：
5 ニューモシスティス肺炎	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明
B. 原虫症	
6 トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明
7 クリプトスポリジウム症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明
8 イソスポラ症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明
C. 細菌感染症	
9 化膿性細菌感染症 （13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの） ①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍	1. 有（ ） 2. 無 3. 不明 └─ 部位：

10	サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
11	活動性結核 (肺結核または肺外結核)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
12	非結核性抗酸菌症 (①全身に播種したもの、②肺、皮膚、頸部、肺門 リンパ節以外の部位に起こったもの)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
D. ウイルス感染症				
13	サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
14	単純ヘルペスウイルス感染症 (①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの)	1. 有 () └ 部位 :	2. 無	3. 不明
15	進行性多巣性白質脳症	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
E. 腫瘍				
16	カボジ肉腫	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
17	原発性脳リンパ腫	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
18	非ホジキンリンパ腫 (L S G分類により ①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
19	浸潤性子宮頸癌	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
F. その他				
20	反復性肺炎	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
21	リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成 : LIP/PLH complex (13歳未満)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
22	H I V脳症 (認知症または亜急性脳炎)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
23	H I V消耗性症候群 (全身衰弱またはスリム病)	1. 有 ()	2. 無	3. 不明
(4) 後天性免疫不全症候群にしばしば随伴すると言われる非特異的疾患				
1	アメーバ症	1. 有	2. 無	3. 不明
2	単純ヘルペス	1. 有	2. 無	3. 不明
3	帯状ヘルペス	1. 有	2. 無	3. 不明
4	その他のカンジダ感染症	1. 有 └ 部位 :	2. 無	3. 不明
5	その他 ()			

1	発熱	1. 有 期間： 程度：	2. 無 ～	3. 不明
2	急激な体重減少	1. 有 期間： 体重： kg → kg	2. 無 ～	3. 不明
3	慢性化した下痢	1. 有 期間：～ 程度：	2. 無	3. 不明
4	盗汗（ねあせ）	1. 有	2. 無	3. 不明
5	著しい疲労感	1. 有	2. 無	3. 不明
6	リンパ節腫脹（分離した3個以上）	1. 有	2. 無	3. 不明
7	関節痛／筋肉痛	1. 有	2. 無	3. 不明
8	精神集中力の低下	1. 有	2. 無	3. 不明
9	思考障害	1. 有	2. 無	3. 不明
10	記憶喪失（軽度を含む）	1. 有	2. 無	3. 不明
11	その他（ ）			

1 HIV感染の診断のための検査成績

検 査 法	スクリーニング検査法	
	PA	ELISA
判 定	＋ －	＋ －
判 定 日	年 月 日	年 月 日

2 臨床検査（頭部ＣＴ、脳波／心理テスト（知的障害者の場合には、知能指数または知能年齢）を含む。）

（８）自由記載欄

1 現病歴（抗ＨＩＶ薬による治療等も含む）

2 現 症

3 その他の検査所見（検査日 年 月 日）

(9) 備 考

上記のとおり診断します。

年 月 日

医師氏名

(診療科名)

医療機関名称

所 在 地 (〒 ー)

電話番号 ()

【記入要領】

- 1 この病状報告は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症者健康管理手当の支給を受けようとする方が、その請求書に必ず添えなければならない書類の一つです。ただし、これまでに特別手当の支給を受けていた方は提出する必要がありません。
- 2 記入しきれない場合には、別紙に記入のうえ添付してください。
- 3 診断に当たっては、厚生労働省健康局で取りまとめた「サーベイランスのためのH I V感染症／A I D S 診断基準」に準拠してください。
- 4 調査研究事業により健康管理費用の支給を受けている場合は、「H I V 感染の診断のための検査成績」への記載は、当該事業への申請時の検査結果の記載で差しつかえありません。
- 5 その他、「有」とした後天性免疫不全症候群の指標疾患の症状、部位、発現期間、診断方法等について参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
- 6 医師の捺印は不要です。

各種検査をされている場合は検査報告書の写しを、X線、CT、内視鏡等の撮影をされている場合は画像の写しを（可能であればCD等の電子媒体で）提供していただきますようお願いいたします。

病状報告（発症者健康管理手当用）

		個人番号	(記入不要)	
(1) 患者の氏名	機 構 太 郎	性 別	(2) 年 齢	
		①男 2. 女	40歳	

(3) 後天性免疫不全症候群の指標疾患

診断方法

1 鏡検（細胞または組織）	4 血清学的検査（抗体測定等）	7 X線検査
2 培養等微生物学的手法	5 抗原検査	8 超音波またはCT
3 内視鏡	6 視診、聴診等日常の臨床検査	9 その他

診断方法は、1～9の該当番号（複数検査による場合は複数番号）を（ ）内に記入してください。

疾患名	診断方法
A. 真菌症	
1 カンジダ症 （食道、気管、気管支、肺）	① 有（1, 3, 6） 2. 無 3. 不明 部位：
2 クリプトコッカス症 （肺以外）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
3 コクシジオイデス症 （①全身に播種したもの ②肺 頸部 肺門リンパ節 以外の部位に起こったもの）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
4 ヒストプラズマ症 （①全身に播種したもの ②肺 頸部 肺門リンパ節 以外の部位に起こったもの）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：
5 ニューモシスティス肺炎	① 有（1, 7, 8） 2. 無 3. 不明
B. 原虫症	
6 トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
7 クリプトスポリジウム症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
8 イソスポラ症 （1か月以上続く下痢を伴ったもの）	1. 有（ ） ② 無 3. 不明
C. 細菌感染症	
9 化膿性細菌感染症 （13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌に より以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発 あるいは繰り返して起こったもの） ①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍	1. 有（ ） ② 無 3. 不明 部位：

- 10 サルモネラ菌血症
(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 11 活動性結核
(肺結核または肺外結核)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 12 非結核性抗酸菌症
(①全身に播種したもの、②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- D. ウイルス感染症
- 13 サイトメガロウイルス感染症
(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- 14 単純ヘルペスウイルス感染症
(①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
部位:
- 15 進行性多巣性白質脳症
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- E. 腫瘍
- 16 カポジ肉腫
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 17 原発性脳リンパ腫
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 18 非ホジキンリンパ腫
(L S G分類により
①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 19 浸潤性子宮頸癌
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- F. その他
- 20 反復性肺炎
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 21 リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成: LIP/PLH complex
(13歳未満)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 22 HIV脳症
(認知症または亜急性脳炎)
1. 有 () 2. 無 3. 不明
- 23 HIV消耗性症候群
(全身衰弱またはスリム病)
1. 有 () 2. 無 3. 不明

(4) 後天性免疫不全症候群にしばしば随伴すると言われる非特異的疾患

- 1 アメーバ症
1. 有 2. 無 3. 不明
- 2 単純ヘルペス
1. 有 2. 無 3. 不明
- 3 帯状ヘルペス
1. 有 2. 無 3. 不明
- 4 その他のカンジダ感染症
1. 有 2. 無 3. 不明
部位:
- 5 その他 ()

(5) 後天性免疫不全症候群を疑った時点の症状および徴候

- 1 発熱 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ●●●●●●●● ~ ●●●●
 — 程度: 00.0 度~00.0 度
- 2 急激な体重減少 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ~
 — 体重: kg → kg
- 3 慢性化した下痢 1. 有 2. 無 3. 不明
 — 期間: ~
 — 程度:
- 4 盗汗（ねあせ） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 5 著しい疲労感 1. 有 2. 無 3. 不明
- 6 リンパ節腫脹（分離した3個以上） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 7 関節痛／筋肉痛 1. 有 2. 無 3. 不明
- 8 精神集中力の低下 1. 有 2. 無 3. 不明
- 9 思考障害 1. 有 2. 無 3. 不明
- 10 記憶喪失（軽度を含む） 1. 有 2. 無 3. 不明
- 11 その他（臍下時に胸骨後部に疼痛有り。 運動時に困難有り。）

(6) 検査所見

1 HIV感染の診断のための検査成績

検査法	スクリーニング検査法	
	PA	ELISA
判定	+ —	+ —
判定日	●●●●年 ●月●日	●●●●年 ●月●日

検査法	抗体確認検査		HIV病原検査
	IF	WB	HIV-RNA
判定	⊕ -	⊕ -	*** コピー／ml
判定日	●●●●年●月●日	●●●●年●月●日	●●●●年●月●日

※HIV-RNA（+）の場合は、その遺伝子型（ ）

2 血液検査成績（検査日 ●●●●年●月●日）

白血球数 **** (／μL) 赤血球数 *** × 10⁴ (／μL)

リンパ球数 *** (／μL) 血小板数 *,* × 10⁴ (／μL)

CD4 ** (／μL) CD4／CD比 *,**

CD8 *** (／μL)

3 その他の血清学的検査所見

HCV抗体 (⊕ -) HCV-RNA (⊕ -)

(HCV抗体検査の世代等 ・ 2世代 ・ 3世代 ・ 凝集法)

4 その他の検査所見

●●●●年●月●日
 動脈血ガス分析 PaO₂ < **mmHg
 β-D-グルカン ***pg/ml

(7) 精神症状

1 精神所見

集中力の低下

2 臨床検査（頭部ＣＴ、脳波／心理テスト（知的障害者の場合には、知能指数または知能年齢）を含む。）

特に行っていない

（８）自由記載欄

1 現病歴（抗ＨＩＶ薬による治療等も含む）

●●●●年●月●日 血友病、ＨＩＶ陽性、ＨＣＶ陽性で当科紹介。

●●●●年●月●日 よりＡＺＴ＋３ＴＣ服用。

●●●●年●月●日 嚥下時に胸部後部に疼痛および●●●●年●月●日 **.*度発熱有り。

視診上、口腔・咽頭粘膜に白苔の付着および口蓋や舌の発赤斑を認める。

上部消化管内視鏡検査および幹部組織の顕微鏡検査によりカンジタを確認（検査結果および画像は別紙添付）。連続した白色の苔状のものが存在し、水で洗い流せないものであったので、食道カンジタ症と診断した。

アムホテリシンＢのシロップ剤の経口投与。●●●●年●月●日改善。

さらに、運動時に呼吸困難があったので、ＰＣＲ法によりPneumocystis jiroveciを確認。ＣＴで、び慢性の両側間質像増強を確認（検査結果および画像は別紙添付）。動脈血ガス分析でPaO₂< **mmHgであった。細菌性肺炎を認められなかったが、β－Ｄ－グルカンは***pg/mlで高値であった。これによりニューモシスティス肺炎と診断した。

ＣＤ４**/μLがHAART療法（３ＴＣ＋ｄ４Ｔ＋ＮＦＶ）によって、***/μL（●●●●年●月●日）となった。

ＳＴ合剤、レクチゾール１００mgを服用、ペンタミジン３mg/Hg＋ワッサー４０mL吸入。

●●●●年●月●日改善。

2 現 症

●●●●年●月●日

HAART療法（３ＴＣ＋ｄ４Ｔ＋ＮＦＶ）によってＣＤ４**/μL。

アムホテリシンＢのシロップ剤の経口投与により、食道カンジタ症治癒。

ＳＴ合剤、レクチゾール１００mgを処方、ペンタミジン３mg/Hg＋ワッサー４０mL吸入により、ニューモシスティス肺炎改善傾向にあり。

3 その他の検査所見（検査日 年 月 日）

(9) 備考

上記のとおり診断します。

●●●●年●月●日

医師氏名 □□ □□

(担当科名 血液内科)

医療機関名称

○○ 病院

所在地 (〒 * * * - * * * *)

東京都千代田区霞が関 * * - * * - * *

電話番号 * * * (* * *) * * * *

【記入要領】

- この病状報告は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構から発症者健康管理手当の支給を受けようとする方が、その請求書に必ず添えなければならない書類の一つです。ただし、これまでに特別手当の支給を受けていた方は提出する必要がありません。
- 記入しきれない場合には、別紙に記入のうえ添付してください。
- 診断に当たっては、厚生労働省健康局で取りまとめた「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」に準拠してください。
- 調査研究事業により健康管理費用の支給を受けている場合は、「HIV感染の診断のための検査成績」への記載は、当該事業への申請時の検査結果の記載で差しつかえありません。
- その他、「有」とした後天性免疫不全症候群の指標疾患の症状、部位、発現期間、診断方法等について参考になることがあれば、備考欄に記入してください。
- 医師の捺印は不要です。

各種検査をされている場合は検査報告書の写しを、X線、CT、内視鏡等の撮影をされている場合は画像の写しを（可能であればCD等の電子媒体で）提供していただきますようお願いいたします。

現況届（ 発症者健康管理手当用 ）

			個人番号	
フリガナ		男・女	(2) 生年月日	年 月 日
(1) 受給者氏名				
(3) 現住所 電話番号	(〒) フリガナ			
	日中の連絡先・固定電話 () ・携帯電話 ()			
(4) ※ 緊急時 連絡先 (任意)	フリガナ		受給者から見た間柄	
	氏 名 :			
	住所 : (〒)			
	連絡先・固定電話 () ・携帯電話 ()			
(5) 病状に 関する事項	病状に特段の変化がある場合、簡潔に記載してください。			
上記のとおり、届出ます。 年 月 日 受給者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (代理人を指定しているとき) 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿				

【注意事項】

1. この現況届には、提出する年の7月1日以降に発行された住民票の写し（コピーではなく、市区町村等で取り寄せたそのもの）、または同年7月1日以降を有効期間とする先天性血液凝固因子障害等医療受給者証のコピーを添付してください。
2. (4) 欄には、ご本人に連絡が取れない場合に連絡が取れる方についてご記入ください。
ご記入は任意ですので、ご記入を希望されない方は空欄でかまいません。

※ 裏面の「記入上の注意」をよくお読みのうえご記入ください。

【現況届（発症者健康管理手当用）の記入上の注意】

- 1 （１）欄から（３）欄までは、受給者について記入してください。
- 2 （４）欄をご記入の際は下記についてご記入ください。（任意）
 - ・ 緊急時連絡先氏名 ・ 間柄（兄弟・姉妹、甥・姪、知人等） ・ 住所 ・ 電話番号緊急時連絡先として記入した方にはその旨をお伝えくださいますようお願いいたします。
- 3 届出者欄（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場合は代理人も記名してください。

※ 氏名、住所、指定金融機関等、機構に届け出ている事項に変更がある方は、この届出の他に
変更届（様式第４号）の提出が必要です。

変更事項のある方、またはこの現況届を提出後に記入事項に変更が生じた場合は、速やかに
変更届をご提出ください。

変更届の用紙は機構のホームページからダウンロードできますが、送付をご希望の方は下記
までご連絡ください。

○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

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			
上記のとおり、届出事項の変更を届出ます。 【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。 また、代理人はこの届出に同意します。 【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。 年 月 日 受給者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (代理人を指定しているとき) 親権者等氏名 _____ (受給者が未成年のとき) 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。

【 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「後見人等」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

照 会 先

健康管理支援事業の詳細については、遠慮なくご相談ください。

〒100-0013

東京都千代田区霞が関3丁目3番2号
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 健康管理支援事業担当

電話 03-3506-9415（直通）

E-mail kyuusai@pmda.go.jp（専用）

