オンライン請求管理画面

下表の情報を検索するためのフォームと検索ボタンを設ける。

請求データ取込

No.	PMDA操作情報			請求情報															
	申請データ再取込	取込年月日	取込ユーザ氏名	手続名称	氏名（漢字又はアルファベット）	氏名（フリガナ）	生年月日	性別	郵便番号	現住所	電話番号（連絡先）	電話番号	FAX番号	メールアドレス	DB登録状況	DB登録	添付出力	様式出力
1	再取込															登録	出力	出力
2	再取込															登録	出力	出力
3	再取込															登録	出力	出力
・		・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・		・		

フィールドタイトルでソート、フィルタができるようにする。

「請求情報取込ボタン」を押下した年月日やユーザ情報を表示する。

「再取込ボタン」を押下することで、一度取り込んだ申請データを上書きする。

請求情報のうち、申請者に係る情報はapplicant.xmlから取得する。
手続名称についてはapplication.xmlのフォームIDから同定する。
DB登録状況についてはDB登録の完了/未完了を管理する。

取り込み対象ZIPのコンテンツ

- 290191o123456000101_01_20250325164308123.xml
- 290191o123456000101_20250325164308123.xsl
- application_zip.zip
  - Attachment
  - applicant.xml
  - application.xml
- PDF_基本情報_汎用電子申請_標準手続_e-Gov審査支援完／汎用電子申請_標準手続_e-Gov審査支援完_20250325164508123.pdf
- PDF_汎用電子申請_標準様式_20250325164308123.pdf
- 電子署名検証結果データ.csv

「請求データ取込ボタン」を押下して取込対象ZIPを取り込み、その結果を表に出力する。
具体的な取込み対象のデータはapplication_zip.zip内のapplicant.xml及びapplication.xmlで、このタイミングで全てのデータをデータベースに保管する。
Attachmentフォルダ内のファイルについても保管する。
取り込んだデータの一部を用いて表の1行（＝1請求）を構成する。

取り込んだapplication.xmlのデータから請求書等、元の様式のレイアウトでPDFを出力する。

「添付出力ボタン」を押下することで、Attachmentフォルダ内のファイルを出力する。

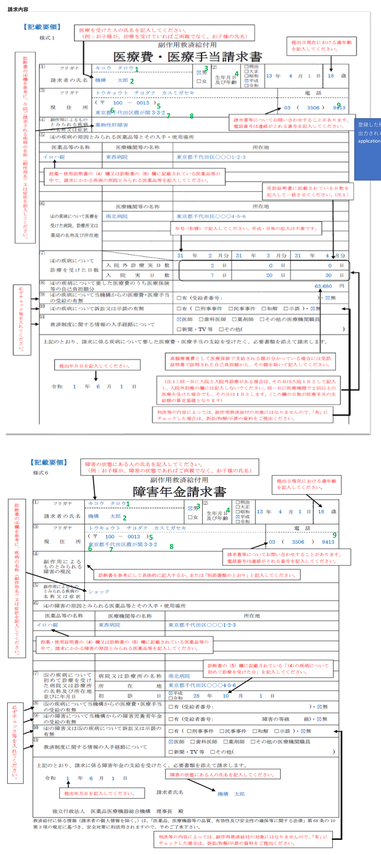
「DB登録ボタン」を押下することで、様式（手続）に応じたDB登録画面に遷移する。
DB登録画面がN/Aのものは「DB登録ボタン」を無効化する。

No.	標準手続名	DB登録確認画面	備考
1	医療費の請求	①	
2	医療手当の請求	①	
3	障害年金の請求	①	
4	障害年金の額の改定請求	①	
5	障害児養育年金の請求	②	
6	障害児養育年金の額の改定請求	②	
7	遺族年金の請求	③	
8	遺族年金の請求（胎児であった子）	③	
9	後順位者からの遺族年金の請求	③	
10	現況の届出（障害年金、障害児養育年金、遺族年金）	N/A	
11	氏名等の変更の届出	⑤	受給者住所変更届、障害児非養育届を除く
12	死亡の届出	⑤	
13	遺族一時金の請求	③	
14	遺族一時金の請求（差額一時金）	③	
15	葬祭料の請求	③	
16	未支給の副作用救済給付の請求	③	
17	損害賠償を受けたときの届出	N/A	
18	特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給手続	⑥⑦	
19	特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための追加給付金の支給手続	⑧	
20	その他	⑨	

※「副作用」と「感染」で様式が異なるため、要件確認時に要確認

D8登録確認画面 ①

請求内容



application.xmlの内容


```
<FocusFormSpecification form-subject="テスト手続き" id="1e5e9ed4-8ec8-4b1c-8959-390bad7d83ce">
  <FormItems>
    <FormItem category="" id="8ae44f91-9ef46e3-a37d-eab5caa16359" required="no" std-code="">
      <Subject display-subject="請求者の氏名" std-display-subject="" std-subject="" system-subject="">請求者の氏名</Subject>
      <Guidance></Guidance>
      <Description></Description>
      <Fragments>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" area-id="9fwVQFfhb0XK6Qb" blank="no" char-type="" check
          <Codes/>
          <CharLimit/>
          <RelationalRules/>
          <Label display-label="" system-label="">フリガナ(名)</Label>
          <Comment><![CDATA[フリガナ(名)]]></Comment>
          <InputMethod type="/>
        1 <value>キコウ</value>
        </Fragment>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" area-id="1vIWCoeIYMpHntnm" blank="no" char-type="" check-digit="no" check-digit-hoken="no" chec
          <Codes/>
          <CharLimit/>
          <RelationalRules/>
          <Label display-label="" system-label="">フリガナ(名)</Label>
          <Comment><![CDATA[フリガナ(名)]]></Comment>
          <InputMethod type="/>
        1 <value>タロウ</value>
        </Fragment>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" area-id="nsQTlC01CUhvVoY" blank="no" char-type="" check-digit="no" check-digit-hoken="no" chec
          <Codes/>
          <CharLimit/>
          <RelationalRules/>
          <Label display-label="" system-label="">生</Label>
          <Comment><![CDATA[生]]></Comment>
          <InputMethod type="/>
        2 <value>1988/6/1</value>
        </Fragment>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" area-id="SkaayEEmDhoaGm1" blank="no" char-type="" check-digit="no" check-digit-hoken="no" chec
          <Codes/>
          <CharLimit/>
          <RelationalRules/>
          <Label display-label="" system-label="">性別</Label>
          <Comment><![CDATA[性別]]></Comment>
          <InputMethod type="/>
        3 <value>男</value>
        </Fragment>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" blank="no" char-type="" check-digit="no" check-digit-hoken="no" check-digit-hork="no" check-digit-jig
          <Codes/>
          <CharLimit/>
          <RelationalRules/>
          <Label display-label="" system-label="">住所</Label>
          <Comment><![CDATA[住所]]></Comment>
          <InputMethod type="/>
          <Options>
            <Option checkbox-id="YRWQ6kSusM63DL" id="4746b39f3-eaed-48e7-9e87-26ed8b08b959">市</Option>
            <Option checkbox-id="W6yIghr7D9ODhUu" id="1574e2ee-a107-40a7-9b19-3d1d5f6be93">文</Option>
          </Options>
        3 <value>市</value>
        </Fragment>
        <Fragment aggregate1="" aggregate2="" aggregate3="" area-id="1ivIWCoeIYMpHntnm" blank="no" char-type="" check-digit="no" check-digit-hoken="no" chec
        1 <value>1
```

DB登録画面_②

請求内容

【記載要領】

様式９

養育者の氏名を記入してください。

提出日現在における満年齢を記入してください。

副作用救済給付用

障害児養育年金請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ　イチロウ 1 機構　一郎 2	3 ☒男 □女	(2) 生年月日及び年齢 4	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和	43 年 4 月 1 日　51 歳
(3) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 6 100 － 0013 ）5 東京都千代田区霞が関 3-3-2 7				電話 9 03 （ 3506 ） 9413
(4) 障害児との身分関係	父				
(5) フリガナ 障害児の氏名	キコウ　タロウ 10 機構　太郎 11	12 ☒男 □女	(6) 生年月日及び年齢 13	☒平成 □令和	17 年 4 月 1 日　14 歳
(7) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 100 － 0013 ）14 東京都千代田区霞が関 3-3-2 15 16 17				電話 18 03 （ 3506 ） 9413

8 請求書等についてお問い合わせすることがあります。電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

(8) 副作用によるものとみられる障害の現況：診断書を参考にして具体的に記入するか、または「別添書類のとおり」と記入してください。

診断書の(4)欄を参考に、疾病の名称（副作用名）又は症状を記入してください。

(9) 副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状：ショック

(10) (8)の障害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
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3

投薬・使用証明書の（4）欄又は診断書の（6）欄に記載されている医薬品等の中で、請求にかかる障害の原因とみられる医薬品等を記入してください。

診断書の（5）欄に記載されている「(4) の疾病について初めて診療を受けた日」を記入してください。

(11) (9)の疾病について初めて診療を受けた病院又は診療所の名称及び所在地並びに年月日	病院又は診療所の名称	南北病院
	所在地	東京都千代田区〇〇〇4-5-6
	初診日	☒平成 □令和 28 年 10 月 1 日
(12) (9)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		□有（受給者番号：　　）・☒無
(13) (8)の障害又は(9)の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
(14) 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(　　)

必ずチェック等を入れてください。

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

上記のとおり、請求に係る障害児養育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　1 年 6 月 1 日

提出年月日を記入してください。

請求者氏名　機構　一郎

独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　理事長　殿

養育者の氏名を記入してください。

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

様式１０

副作用救済給付用

障害児養育年金改定請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名	1 2	3 □男 □女	(2) 生年月日及び年齢 4	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和	年 月 日　歳
(3) 受給者番号					
(4) フリガナ 現住所	（〒 5 － ） 6 7 8				電話 9 （ ）
(5) 障害児との身分関係					
(6) フリガナ 障害児の氏名	10 11	12 □男 □女	(7) 生年月日及び年齢 13	□平成 □令和	年 月 日　歳
(8) フリガナ 現住所	（〒 14 － ） 15 16 17				電話 18 （ ）
(9) 改定請求に係る障害の現況					
(10) 改定請求に係る障害の原因とみられる疾病の名称又は症状					
(11) 他の障害の等級に該当するに至った年月日	□平成 □令和　年 月 日	(12) 現在受給している障害児養育年金の障害の等級			級
(13) (9)の障害又は(10)の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			

上記のとおり、障害の状態に変更があったので障害児養育年金の額の改定を受けたく、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

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

application.xmlの内容

省略

DB登録確認画面

DB登録確認画面（XMLインポート）

	個人オンラインフラグ	フリガナ (1)	氏名 (2)	性別 (3)	生年月日 (4)	郵便番号 (5)	都道府県 (6)	住所１ (7)	住所２ (8)	連絡先電話番号 (9)
☑ 請求者	1	キコウ　イチロウ	機構　一郎	男	昭和43年4月1日	100-0013	東京都	千代田区霞が関3-3-2		03-3506-9413
	個人オンラインフラグ	フリガナ (10)	氏名 (11)	性別 (12)	生年月日 (13)	郵便番号 (14)	都道府県 (15)	住所１ (16)	住所２ (17)	連絡先電話番号 (18)
□ 障害児		キコウ　タロウ	機構　太郎	男	平成17年4月1日	100-0013	東京都	千代田区霞が関3-3-2		03-3506-9413

登録　キャンセル

個人情報登録画面

個人情報登録

編集　登録　変更履歴　受付登録　受理検索

個人番号

氏名 * 2or11　性別 * 女 3or12

フリガナ * 1or10　生年月日 * yyyy/mm/dd 4or13 歳

□ 永久認定　☑ 個人オンラインフラグ

現住所

郵便番号 * 5or14　検索

都道府県 * 6or15

住所１ * 7or16

住所２ 8or17

届先住所

◉ 本人住所　○ 代理人住所　○ その他住所　現住所の内容をコピーする　代理人住所をコピーする

郵便番号 *　検索

都道府県 *

住所１ *

住所２

自宅電話番号　連絡先電話番号 9or18

診断書様式

□ 様式7の(1) 視覚障害
□ 様式7の(2) 聴力・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能障害
□ 様式7の(3) 運動・感覚障害
□ 様式7の(4) 肝臓・腎臓・血液・造血器障害
□ 様式7の(5) 遷延性脳障害・精神障害
□ 様式7の(6) 呼吸器疾患障害
□ 様式7の(7) その他の障害

登録日　更新日

宛名ラベル印刷

宛名ラベル印刷対象：□ 現住所　□ 届出住所　□ 代理人情報

宛名ラベル開始位置　ラベル印刷

備考

金融機関情報

金融機関　検索

支店

口座種別

口座番号

口座名義

※未入力の場合、フリガナが口座名義として設定されます。

死亡連絡受付日 yyyy/mm/dd　死亡年月日(死亡連絡受付時) yyyy/mm/dd　死亡年月日 yyyy/mm/dd

□ 代理人有無

代理人情報

氏名　フリガナ

事務所名

郵便番号　検索　都道府県

住所１

住所２

電話番号　連絡先電話番号

年金情報

No	種別	等級	認定区分	支払終了月	被害者個人番号

請求内容

【記載要領】

様式１１の(1)

副作用救済給付用

遺族年金請求書

請求書等についてお問い合わせすることがあります。電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

提出日現在における満年齢を記入してください。

1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ　カズコ 1 機構　和子 2	3 □男 ☒女	2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 44 年 5 月 1 日	50 歳
3) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ (〒 6 100 － 0013) 5 東京都千代田区霞が関 3-3-2 7 8			電話 03 (3506) 9413 9	
4) 死亡者との身分関係	妻				
5) フリガナ 死亡者の氏名	キコウ　イチロウ 10 機構　一郎 11	12 ☒男 □女	6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 43 年 4 月 1 日	47 歳
7) フリガナ 死亡者が死亡の当時有していた住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ (〒 15 100 － 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2 14 16 17			8) 18 死亡年月日 ☒平成 □令和 28 年 2 月 1 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	南北病院			
	所在地	東京都千代田区〇〇〇4-5-6			
10) 副作用によるとみられる疾病の名称又は症状	ショック				

診断書の(4)欄を参考に、疾病の名称（副作用名）又は症状を記入してください。

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
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3

投薬・使用証明書の（4）欄又は診断書の（6）欄に記載されている医薬品等の中で、請求にかかる死亡の原因とみられる医薬品等を記入してください。

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ください。

12) 遺族の状況

氏名	生年月日	⑸の死亡者との身分関係	現住所
機構　太郎	□明・□大・□昭 ☒平・□令 13 . 4 . 1	長男	東京都千代田区霞が関 3-3-2
機構　花子	□明・□大・□昭 ☒平・□令 15 . 10 . 1	長女	東京都千代田区霞が関 3-3-2
機構　ハナ	□明・□大・☒昭 □平・□令 10 . 9 . 1	母	東京都千代田区霞が関 3-3-2
	□明・□大・□昭 □平・□令		
	□明・□大・□昭 □平・□令		

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

必ずチェック等を入れてください。

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 ☒全額負担 □一部負担
14) 1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	□有（受給者番号: ）・☒無
15) 1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	□有（受給者番号: ）・☒無
16) 死亡又は1の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
17) 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( )

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　1　年　6　月　1　日

請求者が未成年者（18 歳未満の人）の場合は、親権者又は後見人がこの請求に同意する旨を記載してください。

請求者氏名　機構　和子

独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　理事長　殿

〇〇が、この遺族年金を請求することに同意します。
親権者（又は後見人）　△△　△△

提出年月日を記入してください。

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第３項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

様式１３

副作用救済給付用

遺族年金請求書（胎児用）

1) フリガナ 請求者の氏名	1 2	3 □男 □女	2) 4 生年月日及び年齢	□平成 □令和 年 月 日	歳
3) フリガナ 現住所	(〒 5 －) 6 7 8			電話 9 ( )	
4) 死亡者との身分関係					
5) フリガナ 死亡者の氏名	10 11	12 □男 □女	6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 □昭和 □平成 □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	(〒 14 －) 15 16 17			8) 18 死亡年月日 □平成 □令和 年 月 日	

9) 既に遺族年金の支給の決定を受けている遺族

氏名	生年月日	⑸の死亡者との身分関係	現住所	受給者番号
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .			
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .			
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .			
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .			
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .			

10 死亡又は死亡の原因となった副作用による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

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

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第３項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

様式１４

副作用救済給付用

遺族年金請求書（後順位者用）

1) フリガナ 請求者の氏名	1 2	3 □男 □女	2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	歳
3) フリガナ 現住所	(〒 5 －) 6 7 8			電話 9 ( )	
4) 副作用により死亡した者との身分関係					
5) フリガナ 副作用により死亡した者の氏名	10 11	12 □男 □女	6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	歳
7) フリガナ 副作用により死亡した者が死亡の当時有していた住所	(〒 14 －) 15 16 17			8) 18 死亡年月日 □平成 □令和 年 月 日	

9) 遺族の状況

氏名	生年月日	⑸の死亡者との身分関係	現住所
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		

10) 遺族年金を受けることができた先順位者の状況

氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時有していた住所	受給者番号
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		

11 ⑸の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 □全額負担　□一部負担
12 死亡又は死亡の原因となった副作用による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

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

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第３項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

application.xmlの内容

省略

DB登録確認画面

DB登録確認画面（XMLインポート）

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	個人オンラインフラグ	フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	連絡先電話番号
☑ 請求者	1	キコウ　カズコ	機構　和子	女	昭和44年5月1日	100-0013	東京都	千代田区霞が関3-3-2		03-3506-9413
		10	11	12	13	14	15	16	17	18
	個人オンラインフラグ	フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	死亡年月日
□ 死亡者		キコウ　イチロウ	機構　一郎	男	昭和43年4月1日	100-0013	東京都	千代田区霞が関3-3-2		平成28年2月1日

登録　キャンセル

個人情報登録画面

個人情報登録

編集　登録　取消　変更履歴　受付登録　受理検索

個人番号

氏名 * 2or11　性別 * 女 3or12

フリガナ * 1or10　生年月日 * yyyy/mm/dd 4or13 歳

□ 永久認定　☑ 個人オンラインフラグ

現住所

郵便番号 * 5or14　検索

都道府県 * 6or15

住所１ * 7or16

住所２ 8or17

届先住所

○ 本人住所　○ 代理人住所　○ その他住所　現住所の内容をコピーする　代理人住所をコピーする

郵便番号 *　検索

都道府県 *

住所１ *

住所２

自宅電話番号　連絡先電話番号 9

診断書様式

□ 様式7の(1) 視覚障害
□ 様式7の(2) 聴力・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能障害
□ 様式7の(3) 運動・感覚障害
□ 様式7の(4) 肝臓・腎臓・血液・造血器障害
□ 様式7の(5) 遷延性脳障害・精神障害
□ 様式7の(6) 呼吸器疾患障害
□ 様式7の(7) その他の障害

登録日　更新日

宛名ラベル印刷

宛名ラベル印刷対象
□ 現住所
□ 届出住所
□ 代理人情報

宛名ラベル開始位置　ラベル印刷

備考

金融機関情報

金融機関　検索
支店
口座種別
口座番号
口座名義
※未入力の場合、フリガナが口座名義として設定されます。

死亡連絡受付日 yyyy/mm/dd　死亡年月日(死亡連絡受付時) yyyy/mm/dd　死亡年月日 yyyy/mm/dd 18

□ 代理人有無

代理人情報

氏名　フリガナ
事務所名
郵便番号　検索　都道府県
住所１
住所２
電話番号　連絡先電話番号

年金情報

No	種別	等級	認定区分	支払終了月	被害者個人番号

【記載要領】

様式１１の（２）

請求書等についてお問い合わせすることがあります。電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

提出日現在における満年齢を記入してください。

副作用救済給付用

遺族一時金請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ　イチロウ 1 機構　一郎 2	3 ☒男 □女	(2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 43 年 4 月 1 日	51 歳
(3) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 6 100 － 0013 ） 5 東京都千代田区霞が関 3-3-2 7 8			電話 03 （ 3506 ） 9413	
(4) 死亡者との身分関係	子				
(5) フリガナ 死亡者の氏名	キコウ　ハナ 10 機構　ハナ 11	12 □男 ☒女	(6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 10 年 9 月 1 日	80 歳
(7) フリガナ 死亡者が死亡の当時有していた住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 15 100 － 0013 ） 14 東京都千代田区霞が関 3-3-2 16 17		(8) 18 死亡年月日	☒平成 □令和 28 年 2 月 1 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：南北病院 所在地：東京都千代田区〇〇〇4-5-6				
10 副作用によるとみられる疾病の名称又は症状	ショック				

診断書の(4)欄を参考に、疾病の名称（副作用名）又は症状を記入してください。

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
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3

投薬・使用証明書の（4）欄又は診断書の（6）欄に記載されている医薬品等の中で、請求にかかる死亡の原因とみられる医薬品等を記入してください。

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ください。

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
機構　太郎	□明・□大・□昭 ☒平・□令 13 . 4 . 1	孫	東京都千代田区霞が関 3-3-2
機構　花子	□明・□大・□昭 ☒平・□令 15 . 10 . 1	孫	東京都千代田区霞が関 3-3-2
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令		
	□明・□大・□昭 □平・□令		

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

</applicationRoot>

</xml>

必ずチェック等を入れてください。

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　□一部負担　☒負担なし
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	□有（受給者番号:　　）・☒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	□有（受給者番号:　　）・☒無
16 死亡又は10の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
17 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（　　）

上記のとおり、請求に係る遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和　1　年　6　月　1　日

請求者が未成年者（18 歳未満の人）の場合は、親権者又は後見人がこの請求に同意する旨を記載してください。

請求者氏名　機構　一郎

独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　理事長　殿

〇〇が、この遺族一時金を請求することに同意します。
親権者（又は後見人）　△△　△△

提出年月日を記入してください。

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

様式１５

副作用救済給付用

遺族一時金請求書（差額一時金用）

(1) フリガナ 請求者の氏名	1 2	3 □男 □女	(2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	歳
(3) フリガナ 現住所	（〒 5 － ） 6 7 8			電話 9 （ ）	
(4) 副作用により死亡した者との身分関係					
(5) フリガナ 副作用により死亡した者の氏名	10 11	12 □男 □女	(6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	歳
(7) フリガナ 副作用により死亡した者が死亡の当時有していた住所	（〒 14 － ） 15 16 17			18	

(8) 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
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		

(9) 遺族年金を受けていた者の状況

氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時有していた住所	受給者番号
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .	□平 □令 . .		

10 (5)の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　□一部負担　□負担なし
11 死亡又は死亡の原因となった副作用による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

上記のとおり、請求に係る遺族一時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

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

【記載要領】

様式１６

葬儀を行った人の氏名を記入してください。

請求書等についてお問い合わせすることがあります。電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

提出日現在における満年齢を記入してください。

副作用救済給付用

葬祭料請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ　イチロウ 1 機構　一郎 2	3 ☒男 □女	(2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 43 年 4 月 1 日	51 歳
(3) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 6 100 － 0013 ） 5 東京都千代田区霞が関 3-3-2 7 8			電話 03 （ 3506 ） 9413	
(4) 死亡者との身分関係	子				
(5) フリガナ 死亡者の氏名	キコウ　ハナ 10 機構　ハナ 11	12 □男 ☒女	(6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 10 年 9 月 1 日	80 歳
(7) フリガナ 死亡者が死亡の当時有していた住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 15 100 － 0013 ） 14 東京都千代田区霞が関 3-3-2 16 17		(8) 18 死亡年月日	☒平成 □令和 28 年 2 月 1 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：南北病院 所在地：東京都千代田区〇〇〇4-5-6				
10 副作用によるとみられる疾病の名称又は症状	ショック				

診断書の(4)欄を参考に、疾病の名称（副作用名）又は症状を記入してください。

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
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3

投薬・使用証明書の（4）欄又は診断書の（6）欄に記載されている医薬品等の中で、請求にかかる死亡の原因とみられる医薬品等を記入してください。

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について記入してください。

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
機構　一郎	□明・□大・☒昭 □平・□令 43 . 4 . 1	子	東京都千代田区霞が関 3-3-2
機構　太郎	□明・□大・□昭 ☒平・□令 13 . 4 . 1	孫	東京都千代田区霞が関 3-3-2
機構　花子	□明・□大・□昭 ☒平・□令 15 . 10 . 1	孫	東京都千代田区霞が関 3-3-2
	□明・□大・□昭 □平・□令 . .		

必ずチェック等を入れてください。

13 請求者が葬祭を行う年月日又は行った年月日	☒平成 □令和 28 年 2 月 4 日
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	□有（受給者番号:　　）・☒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	□有（受給者番号:　　）・☒無
16 死亡又は10の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
17 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（　　）

上記のとおり、請求に係る葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和　1　年　6　月　1　日

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

請求者氏名　機構　一郎

独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　理事長　殿

提出年月日を記入してください。

葬儀を行った人の氏名を記入してください。

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

【記載要領】

様式１７

請求書等についてお問い合わせすることがあります。
電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。

提出日現在における満年齢を記入してください。

副作用救済給付用

未支給の救済給付請求書

1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ　イチロウ 1 機構　一郎 2	3 ☒男 □女	2) 4 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 43 年 4 月 1 日	51 歳
3) フリガナ 現住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 100 － 0013 ） 5 東京都千代田区霞が関 3-3-2 6 7 8			電話 9 03 （ 3506 ） 9413	
4) 支給前死亡者との身分関係	子				
5) フリガナ 支給前死亡者の氏名	キコウ　ハナ 10 機構　ハナ 11	12 □男 ☒女	6) 13 生年月日及び年齢	□明治 □大正 ☒昭和 □平成 □令和 10 年 9 月 1 日	80 歳
7) フリガナ 支給前死亡者が死亡の当時有していた住所	トウキョウト　チヨダク　カスミガセキ （〒 100 － 0013 14 ） 東京都千代田区霞が関 3-3-2 15 16 17				
8) 死亡年月日	☒平成 □令和 28 年 2 月 1 日 18	9) 受給者番号	001234-1		
10) 支給前死亡者が請求又は受給中であった救済給付の種類	☒医療費　☒医療手当　☒障害年金　□障害児養育年金 □遺族年金　□遺族一時金　□葬祭料				
11) 支給前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　□全額負担　□一部負担　☒負担なし				

死亡の時の満年齢を記入してください。

支給前死亡者が機構より支給決定を受けている場合は、支給決定通知書に記載されている「受給者番号」を記入してください。
不明な場合は空欄でも結構です。

上記のとおり、請求に係る未支給の救済給付の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和　1　年　6　月　1　日

提出年月日を記入してください。

請求者氏名　機構　一郎

独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　理事長　殿

〇〇が、この未支給の救済給付を請求することに同意します。
親権者（又は後見人）　△△　△△

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第３項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

請求者が未成年者（18 歳未満の人）の場合は、親権者又は後見人がこの請求に同意する旨を記載してください。

（注意）

DB登録画面_⑤

請求内容

受給者氏名変更届

受給者番号	0	生年月日	年　月　日
新		旧	
フリガナ	1	フリガナ	3
氏名	2	氏名	4
変更年月日	年　月　日		

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

（〒　－　）

住所　ア

氏名　ウ　☎　（　イ　）

受給者銀行口座変更届

（きりとり線）

受給者番号	0	口座名義（カタカナ）	8
口座変更年月日	年　月　日		
フリガナ			
銀行名	9	銀行 信用金庫	10　支店
預金種目	11 普通・当座・その他（　）	口座番号	12

※受給者名義の口座をご記入ください。

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

（〒　－　）

住所　ア

氏名　ウ　☎　（イ）

受給者死亡届

受給者番号	0	給付の種類	
フリガナ		死亡者の生年月日	年　月　日
死亡者氏名	エ		
死亡年月日	13　年　月　日		

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

（〒　－　）

住所　ア

氏名　ウ　☎　（イ）

死亡者との身分関係

障害児死亡届

（きりとり線）

受給者番号	0	受給者生年月日	年　月　日
障害児住所	オ		
フリガナ		障害児生年月日	年　月　日
障害児氏名	エ		
死亡年月日	13　年　月　日		

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

住所（〒　－　）　ア

氏名　ウ　☎　（イ）

application.xmlの内容

省略

個人情報選択画面画面

個人情報選択画面

	受給者番号		フリガナ	氏名
☑受給者	0	新	1	2
		旧	フリガナ	氏名
			3	4

↓届出の内容を反映（単なる比較のための情報）

氏名	住所	電話番号
ウ	ア	イ

個人情報検索

ここと下の画面との比較で、情報を更新したい個人を特定

個人情報登録画面

個人情報登録

2　1　ア　イ　ウ

個人情報選択画面画面

個人情報選択画面

	受給者番号	口座名義	銀行名	支店	預金種目	口座番号
	8		9	10	11	12
☑受給者	0		03-3506-9413			

↓届出の内容を反映（単なる比較のための情報）

氏名	住所	電話番号
ウ	ア	イ

個人情報検索

ここと下の画面との比較で、情報を更新したい個人を特定

個人情報登録画面

個人情報登録

9　10　11　12　8　ア　イ　ウ

個人情報選択画面画面

個人情報選択画面

	受給者番号	死亡年月日
	13	
☑受給者	0	

↓届出の内容を反映（単なる比較のための情報）

死亡者氏名	届者氏名	届者住所	届者電話番号
エ	ウ	ア	イ

個人情報検索

ここと下の画面との比較で、情報を更新したい個人を特定

個人情報登録画面

個人情報登録

13

個人情報選択画面画面

個人情報選択画面

	受給者番号	死亡年月日
	13	
☑受給者	0	

↓届出の内容を反映（単なる比較のための情報）

死亡者氏名	死亡者住所	届者氏名	届者住所	届者電話番号
エ	オ	ウ	ア	イ

個人情報検索

ここと下の画面との比較で、情報を更新したい個人を特定

個人情報登録画面

個人情報登録

13

オンライン請求管理画面の「DB登録ボタン」を押下したタイミングで、取込み済みのXMLのデータを画面に反映させる。

個人情報検索ウィンドウで検索し、選択したら当該個人情報の画面にXMLのデータを印刷表示させ、表示箇所をハイライトする。

キャンセル等で戻る画面遷移も実装する。

キャンセル等で戻る画面遷移も実装する。

請求内容

様式第一号（第一条関係）　　特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給請求書

		番　号	（記入不要）
ふりがな 感染者氏名	1 2	※男・女 3	生年月日及び年齢　4 年　月　日　満　歳 ＊死亡している場合は死亡時の年齢
確定判決、和解又は調停成立年月日及び裁判所	※確定判決 和　解　　年　月　日（　　）裁判所　原告番号（　　） 調停成立		
※※感染の原因となった血液製剤及び投与時期	1　特定フィブリノゲン製剤（フィブリノーゲン—BBank、フィブリノーゲン—ミドリ、フィブリノゲン—ミドリ、フィブリノゲンＨＴ—ミドリ） 年　月　日（　年　月頃～　年　月頃）	2　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤（ＰＰＳＢ—ニチヤク） 年　月　日（　年　月頃～　年　月頃）	3　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤（コーナイン、クリスマシン、クリスマシン—ＨＴ） 年　月　日（　年　月頃～　年　月頃）
※請求する給付金	①ア　慢性Ｃ型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者　4千万円 イ　Ｃ型肝炎ウイルスにより劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した者　4千万円 ②　慢性Ｃ型肝炎に罹患した者　2千万円 ③　無症候性キャリア　12百万円 ④　Ｃ型肝炎ウイルスにより劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した者であって、令和４年12月16日より前に既に上記③の給付金を支給された者　28百万円		
請求者（感染者本人の場合）に関する事項	請求者現住所及び電話番号	（〒 5 —　） 電話番号 6 7 8 9（　）	
請求者（感染者の相続人の場合）に関する事項	ふりがな 請求者氏名 請求者現住所及び電話番号	10 11 （〒 14 —　） 電話番号 15 16 17 18（　）	※男・女 12　生年月日　13 年　月　日 続柄
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　機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2　特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金の受取に関する件	
	ふりがな 代理人住所及び電話番号	（〒 19 —　） 電話番号 20 21 22 23（　）	
	ふりがな 代理人氏名	24 25	請求者との関係
親権者等に関する事項（請求者が未成年のときに記入して下さい）	ふりがな 親権者等氏名	26 27	※男・女 28　生年月日　29 年　月　日
	親権者等住所及び電話番号	（〒 30 —　） 電話番号 31 32 33 34（　）	請求者との関係
書類発送に関する事項	特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付　※ 不要・必要		
	機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望　※ 普通郵便・簡易書留		
指定金融機関	ふりがな 名称	銀行 信用金庫　※ 支店・（　）	
	ふりがな 口座名義	預金種目 口座番号	※ 普通・当座・貯蓄

上記のとおり、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるＣ型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成20年法律第２号）第３条第１項の給付金の支給を請求します。
（代理人を指定するときは）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、代理人の行為により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たことに同意します。

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

application.xmlの内容

省略

DB登録確認画面

DB登録確認画面（XMLインポート）

		フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	電話番号
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
☑	感染者									
		10	11	12	13	14	15	16	17	18
□	請求者									
		24	25			19	20	21	22	23
□	代理人									
		26	2	28	29	30	31	32	33	34
☑	親権者									

登録

キャンセル

個人情報新規登録画面

個人情報　新規登録

個人コード：　11665-0　履歴情報

個人情報履歴日時：

前回更新日付：

★氏名：＊　2or11or25or27

★フリガナ：＊　1or10or24or26

3or12or28 性別：　男性　女性

生年月日：　4or13or29　yyyy/mm/dd

★用途：　感染者　請求者　代理人　親権者

現住所

郵便番号：　5or14or19or30　住所検索

都道府県：　6or15or20or31

電話番号：　9or18or23or34　999-9999-9999

市町村番地：　7or16or21or32

フリガナ：

アパート名：　8or17or22or33

フリガナ：

備考：

戻る

登録

請求内容

様式第一号（第一条関係）　　特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給請求書

			番　号	（記入不要）
ふ　り　が　な 感　染　者 氏　名		※男・女	生年月日 及び年齢	年　月　日 満　歳 ＊死亡している場合は死亡時の年齢
確定判決、和解又は調停成立年月日及び裁判所	※確定判決 和　解　1 調停成立	2 年　月　日（3　4）裁判所　原告番号（ 5 ）		
※※ 感染の原因となった血液製剤及び投与時期	1　特定フィブリノゲン製剤 （フィブリノーゲン—BBank フィブリノーゲン—ミドリ フィブリノゲン—ミドリ フィブリノゲンＨＴ—ミドリ） 年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	2　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤 （ＰＰＳＢ—ニチヤク） 年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	3　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤 （コーナイン クリスマシン クリスマシン—ＨＴ） 年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	
※ 請求する給付金	①ア　慢性Ｃ型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者　4千万円 イ　Ｃ型肝炎ウイルスにより劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した者　4千万円 ②　慢性Ｃ型肝炎に罹患した者　2千万円 ③　無症候性キャリア　12百万円 ④　Ｃ型肝炎ウイルスにより劇症肝炎（遅発性肝不全を含む。）に罹患して死亡した者であって、令和４年12月16日より前に既に上記③の給付金を支給された者　28百万円			
請求者（感染者本人の場合）に関する事項	請求者 現住所及び 電話番号	（〒　—　） 電話番号　（　）		
請求者（感染者の相続人の場合）に関する事項	ふりがな 請求者氏名		※男・女	生年月日　年　月　日
	請求者 現住所及び 電話番号	（〒　—　） 電話番号　（　）		続柄
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　機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2　特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金の受取に関する件		
	ふりがな 代理人 住所及び 電話番号	（〒　—　） 電話番号　（　）		
	ふりがな 代理人氏名		請求者との関係	
親権者等に関する事項（請求者が未成年のときに記入して下さい）	ふりがな 親権者等氏名		※男・女　生年月日	年　月　日
	親権者等 住所及び 電話番号	（〒　—　） 電話番号　（　）	請求者との関係	
書類発送に関する事項	特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付　※　不要・必要　6			
	機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望　※　普通郵便・簡易書留　7			
指定金融機関	ふりがな 名　称　8	銀行 信用金庫　10		※　支店・（　）
	ふりがな 9		預金種目	※　普通・当座・貯蓄
	口座名義 11	12	口座番号 13	

上記のとおり、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるＣ型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成20年法律第２号）第３条第１項の給付金の支給を請求します。
（代理人を指定するときは）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、代理人の行為により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たことに同意します。

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

※印のところは○で囲んで下さい。　※※印のところは和解調書等に記載された血液製剤を○で囲み、その投与時期をご記入下さい。

application.xmlの内容

省略

DB登録確認画面

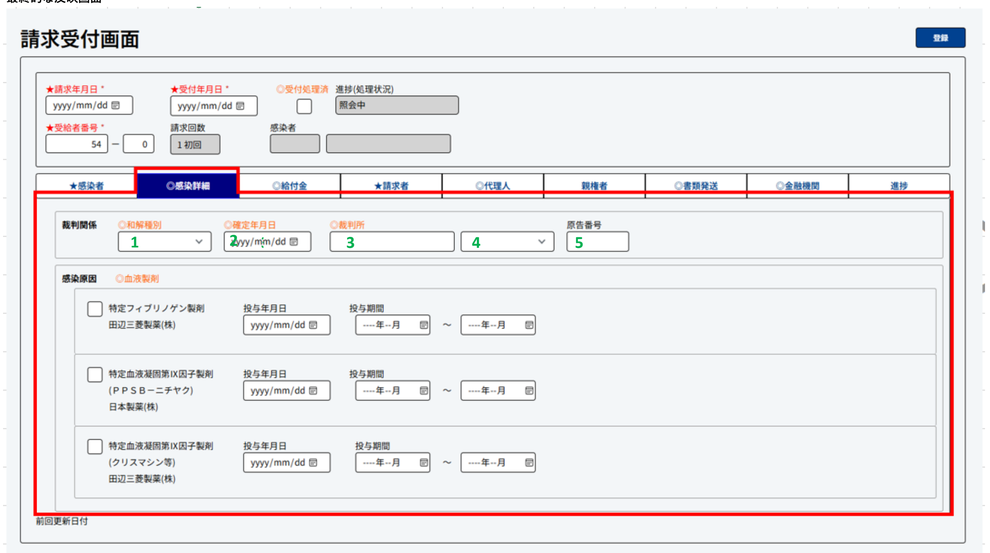
DB登録確認画面（XMLインポート）

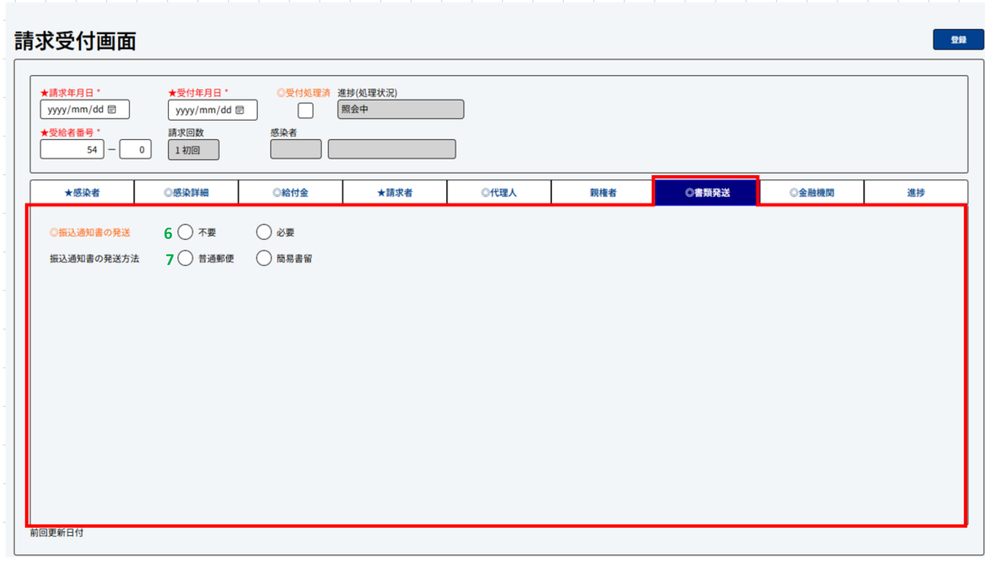
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		和解種別	確定年月日	裁判所	裁判所	原告番号	振込通知書の発送	振込通知書の発送方法	ふりがな	名称	支店名	ふりがな	口座名義	口座番号
☑	請求者						東京都	千代田区霞が関3-3-2		03-3506-9413				

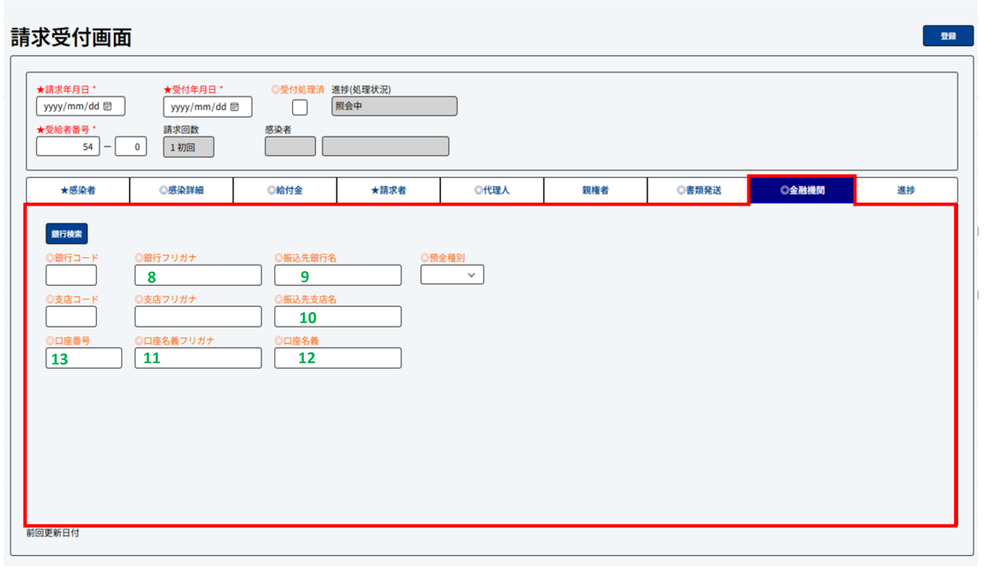
登録

キャンセル

最終的な反映画面







請求内容

様式第四号（第三条関係）

特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金支給請求書

			受給者番号	（記入不要）
ふ り が な	1	3 ※男・女	生年月日及び年齢	4 年 月 日 満 歳 ＊死亡している場合は死亡時の年齢
感 染 者 氏 名	2			
確定判決、和解又は調停成立年月日及び裁判所	※確定判決 和 解 年 月 日（ ）裁判所 原告番号（ ） 調停成立			
※ 既に支給された給付金・追加給付金の合計額	① 2千万円			
	② 12百万円			
※ 悪化したことによる新たな区分	③ 慢性Ｃ型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者 4千万円			
	④ 慢性Ｃ型肝炎に罹患した者 2千万円			
※ 請求する追加給付金	⑤ 上記③－② 28百万円			
	⑥ 上記③－① 2千万円			
	⑦ 上記④－② 8百万円			
請求者（感染者本人の場合）に関する事項	請求者現住所及び電話番号	（〒 5 － ） 6 7 8 電話番号 9 （ ）		
請求者（感染者の相続人の場合）に関する事項	ふ り が な	10	12 ※男・女	生年月日 13 年 月 日
	請求者氏名	11		
	請求者現住所及び電話番号	（〒 14 － ） 15 16 17 電話番号 18 （ ）		続柄
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 機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2 特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金の受取に関する件		
	ふ り が な			
	代理人住所及び電話番号	（〒 19 － ） 20 21 22 電話番号 23 （ ）		
	ふ り が な	24	請求者との関係	
	代理人氏名	25		
親権者等に関する事項（請求者が未成年のときに記入して下さい）	ふ り が な	26	28 ※男・女	生年月日 29 年 月 日
	親権者等氏名	27		
	親権者等住所及び電話番号	（〒 30 － ） 31 32 33 電話番号 34 （ ）	請求者との関係	

※印のところは○で囲んで下さい。

application.xmlの内容

<xml>

DB登録確認画面

DB登録確認画面（XMLインポート）

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	電話番号
☑	感染者									
		10	11	12	13	14	15	16	17	18
		フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	電話番号
☐	請求者									
		24	25			19	20	21	22	23
		フリガナ	氏名			郵便番号	都道府県	住所１	住所２	電話番号
☐	代理人									
		26	27	28	29	30	31	32	33	34
		フリガナ	氏名	性別	生年月日	郵便番号	都道府県	住所１	住所２	電話番号
☑	親権者									

登録

キャンセル

個人情報　新規登録

個人コード： 11665-0 履歴情報

個人情報履歴日時：

前回更新日付：

★氏名：* 2or11or25or27

★フリガナ：* 1or10or24or26

3or12or28 性別： ◯ 男性 ◯ 女性

4or13or29 生年月日： yyyy/mm/dd

★用途： ☐ 感染者 ☐ 請求者 ☐ 代理人 ☐ 親権者

現住所

郵便番号 5or14or19or30 住所検索

都道府県： 6or15or20or31

電話番号： 9or18or23or34

市町村番地： 7or16or21or32

フリガナ：

アパート名： 8or17or22or33

フリガナ：

備考：

戻る

登録

請求内容

受給者銀行口座届

フリガナ		フリガナ	
金融機関名	1	支店名	2
フリガナ	4	預金種目	3　普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
口座名義		口座番号	5

上記のとおり届け出ます。

令和　　年　　月　　日

受給者番号	0
住　所	(〒　　－　　) ア
フリガナ	
氏　名	ウ
電話番号	(　イ　)

注1　太線内を正しく記入し、該当する項目を○で囲んでください。

注2　必ず**受給者（支給決定通知書の宛名となっている方）本人名義の口座**をご記入ください。

注3　全国どちらの金融機関（銀行、信金、農協、ゆうちょ等）でも指定可能です。

注4　ゆうちょ銀行を指定する場合、支店名欄に3桁の店番、口座番号欄に7桁の口座番号をご記入ください。
店番と口座番号が不明の場合は、口座番号欄に「記号（5桁）」と「番号（最大8桁）」の両方をわかるようにご記入ください。

注5　届出人氏名欄は、代筆の場合でも受給者本人の氏名をご記入ください。

○同封の返信用封筒にてご提出ください。
○給付金のお支払いは「受給者銀行口座届」をご提出いただいてから1ヶ月ほどお時間がかかります。
○お支払い日に関する事前のご案内は行っておりませんが、手続きが完了いたしましたら「振込通知」を送付いたします。

application.xmlの内容

省略

オンラインン請求管理画面の「DB登録ボタン」を押下したタイミングで、取込み済みのXMLのデータを画面に反映させる。

キャンセル等で戻る画面遷移も実装する。

個人情報選択画面

個人情報選択画面

	0 受給者番号	1 金融機関名	2 支店名	3 預金種目	4 フリガナ	5 口座番号
☑ 銀行口座						

↓届出の内容を反映（単なる比較のための情報）

住所	電話番号	漢字氏名
ア	イ	ウ

ここと下の画面との比較で、情報を更新したい個人を特定

個人情報検索

個人番号　受理番号　氏名漢字　フリガナ　更新日 2025/01/01 ～ 2025/01/31　クリア　検索

No	個人番号	フリガナ	氏名	性別	生年月日	死亡年月日	更新日	住所	永久認定
1	000020	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]		[redacted]	[redacted]	
2	000030								
3	000040								
4	000050								

個人情報検索ウィンドウで検索し、選択したら当該個人情報の画面にXMLのデータを初期表示させ、表示箇所をハイライトする。

キャンセル等で戻る画面遷移も実装する。

個人情報登録画面

個人情報登録

編集　登録　取消　変更履歴　受付登録　受理検索

個人番号

氏名 *　性別 * 女

ﾌﾘｶﾞﾅ *　生年月日 * yyyy/mm/dd　歳

永久認定

現住所

郵便番号 *　検索

都道府県 *

住所１ *

住所２

届先住所

本人住所　代理人住所　その他住所　現住所の内容をコピーする　代理人住所をコピーする

郵便番号 *　検索

都道府県 *

住所１ *

住所２

自宅電話番号　連絡先電話番号

診断書様式

様式7の(1) 視覚障害
様式7の(2) 聴力・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能障害
様式7の(3) 運動・感覚障害
様式7の(4) 肝臓・腎臓・血液・造血器障害
様式7の(5) 遷延性脳障害・精神障害
様式7の(6) 呼吸器疾患障害
様式7の(7) その他の障害

登録日　更新日

宛名ラベル印刷

宛名ラベル印刷対象

現住所
届出住所
代理人情報

宛名ラベル開始位置　ラベル印刷

備考

金融機関情報

金融機関 1　支店 2　検索

口座種別 3

口座番号 5

口座名義 4

※未入力の場合、フリガナが口座名義として設定されます。

死亡連絡受付日 yyyy/mm/dd　死亡年月日(死亡連絡受付時) yyyy/mm/dd　死亡年月日 yyyy/mm/dd

代理人有無

代理人情報

氏名　ﾌﾘｶﾞﾅ

事務所名

郵便番号　検索　都道府県

住所１

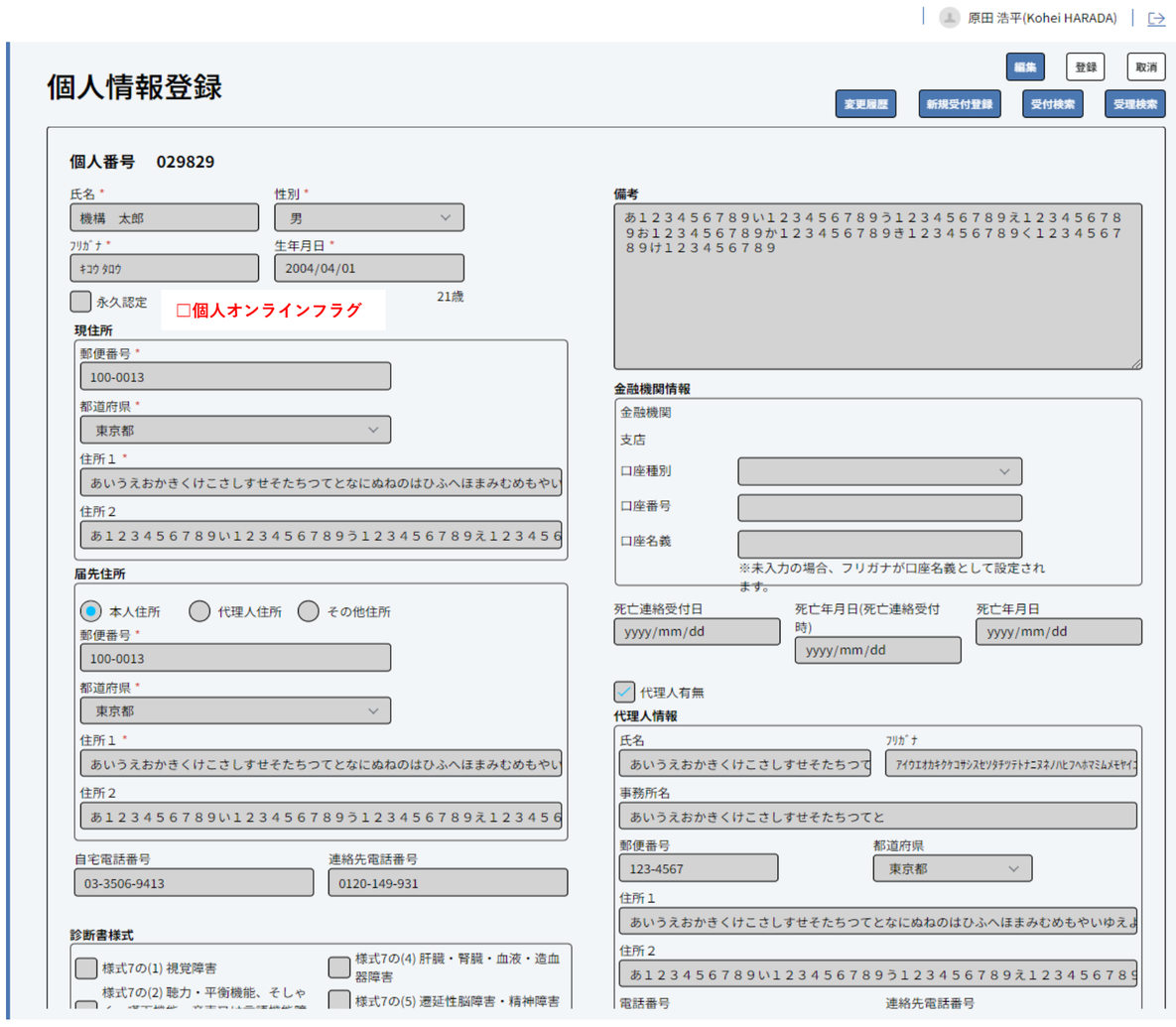
住所２

電話番号　連絡先電話番号

年金情報

No	種別	等級	認定区分	支払終了月	被害者個人番号

個人情報登録画面（個人オンラインフラグの編集）

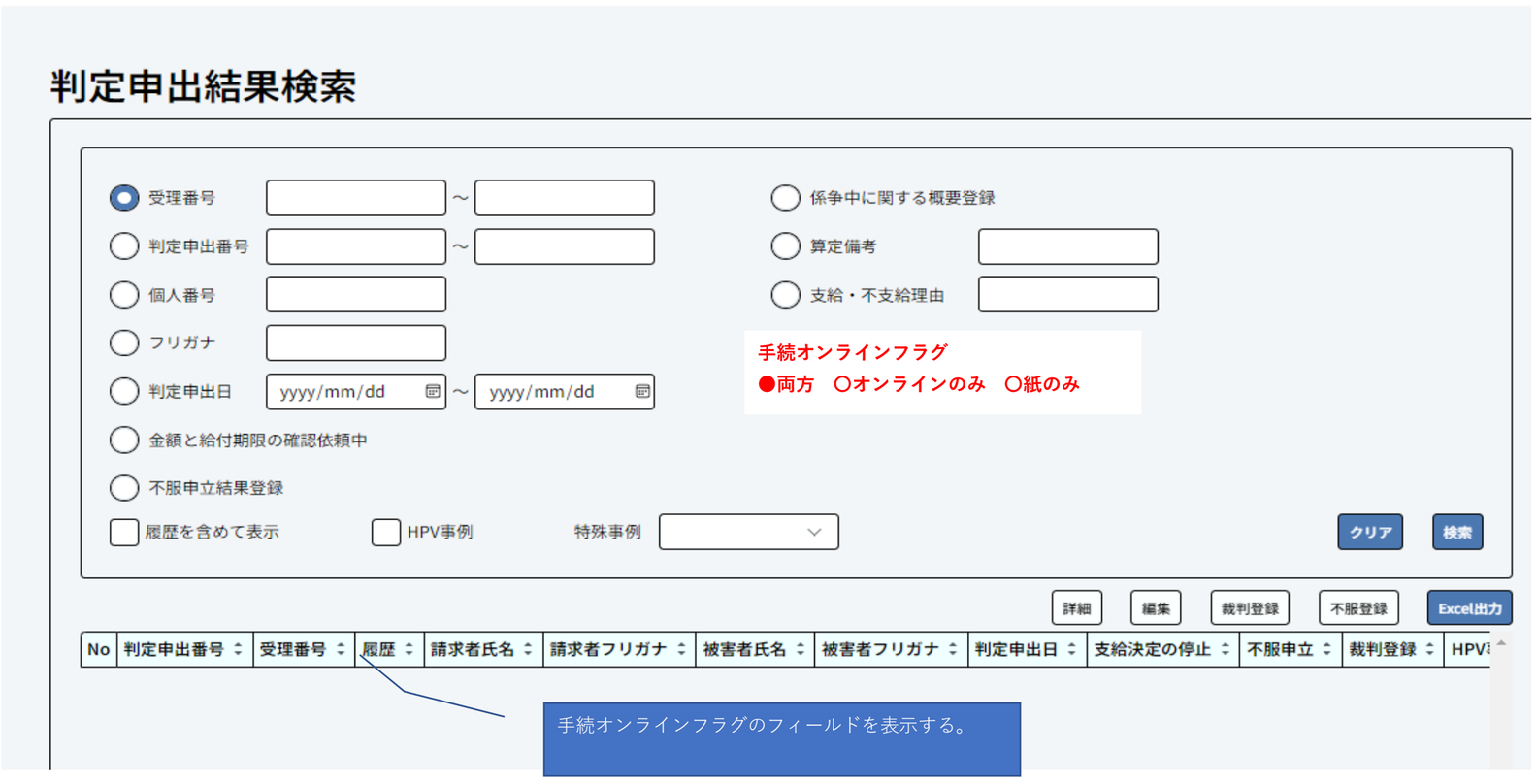


個人情報検索画面（個人オンラインフラグの表示）

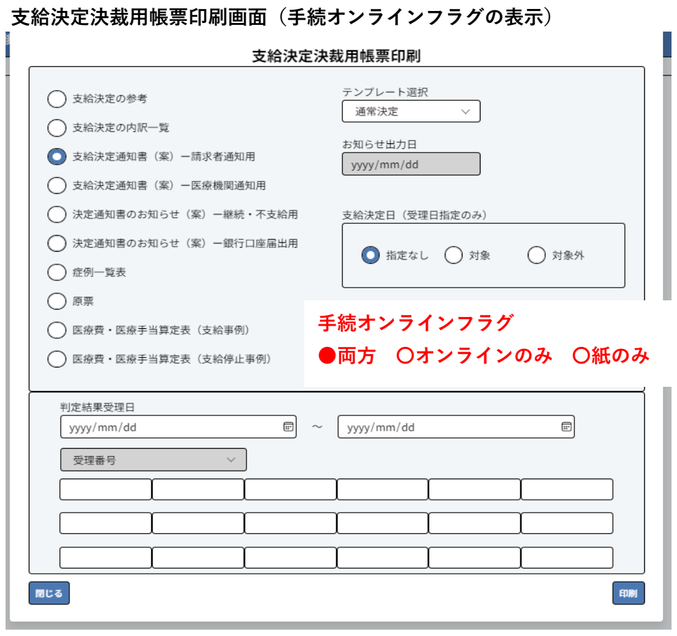
受理登録画面（手続オンラインフラグの編集）

受理検索画面（手続オンラインフラグの表示）

判定申出結果検索画面（手続オンラインフラグの表示）

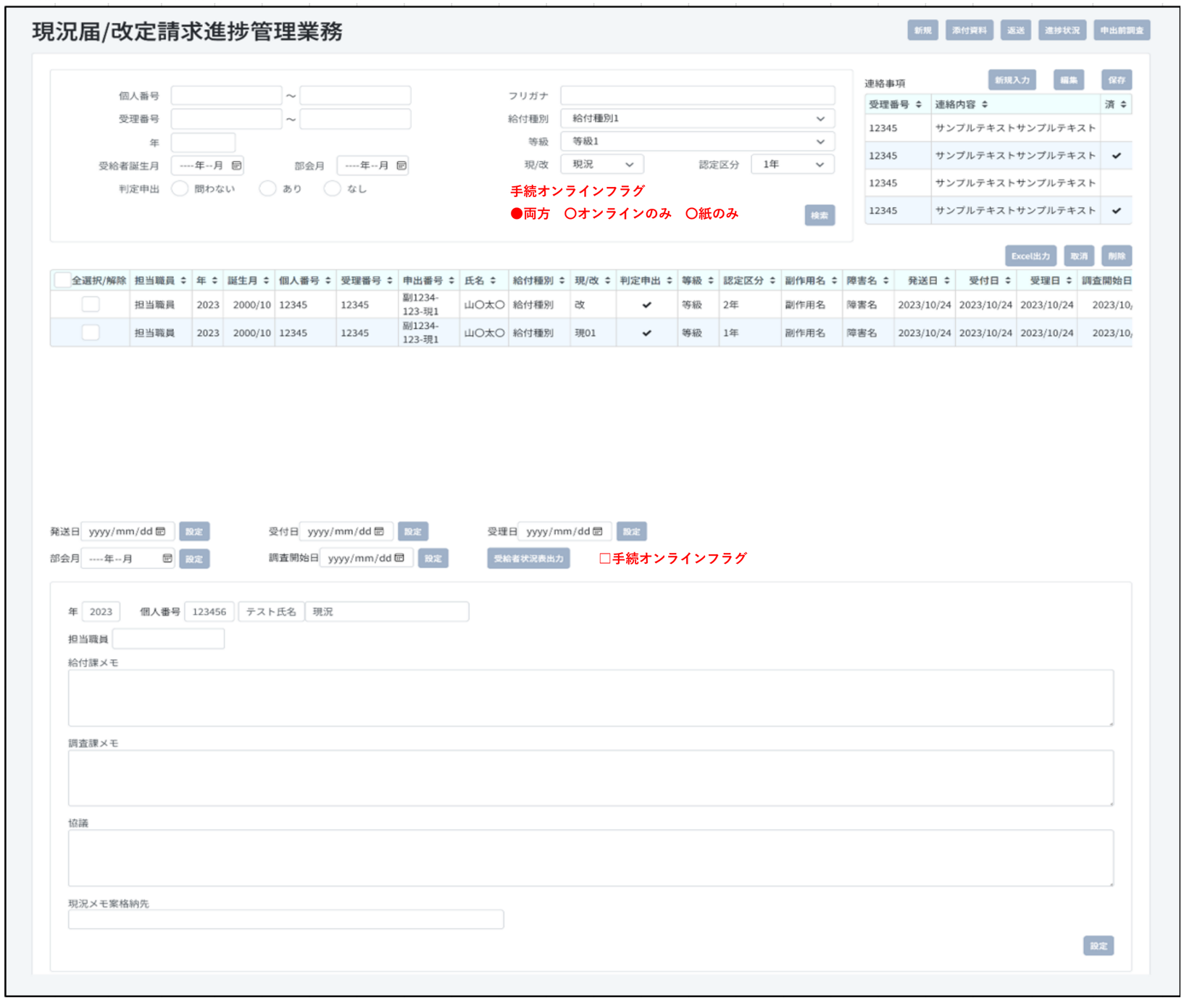


支給決定決裁用帳票印刷画面（手続オンラインフラグの表示）

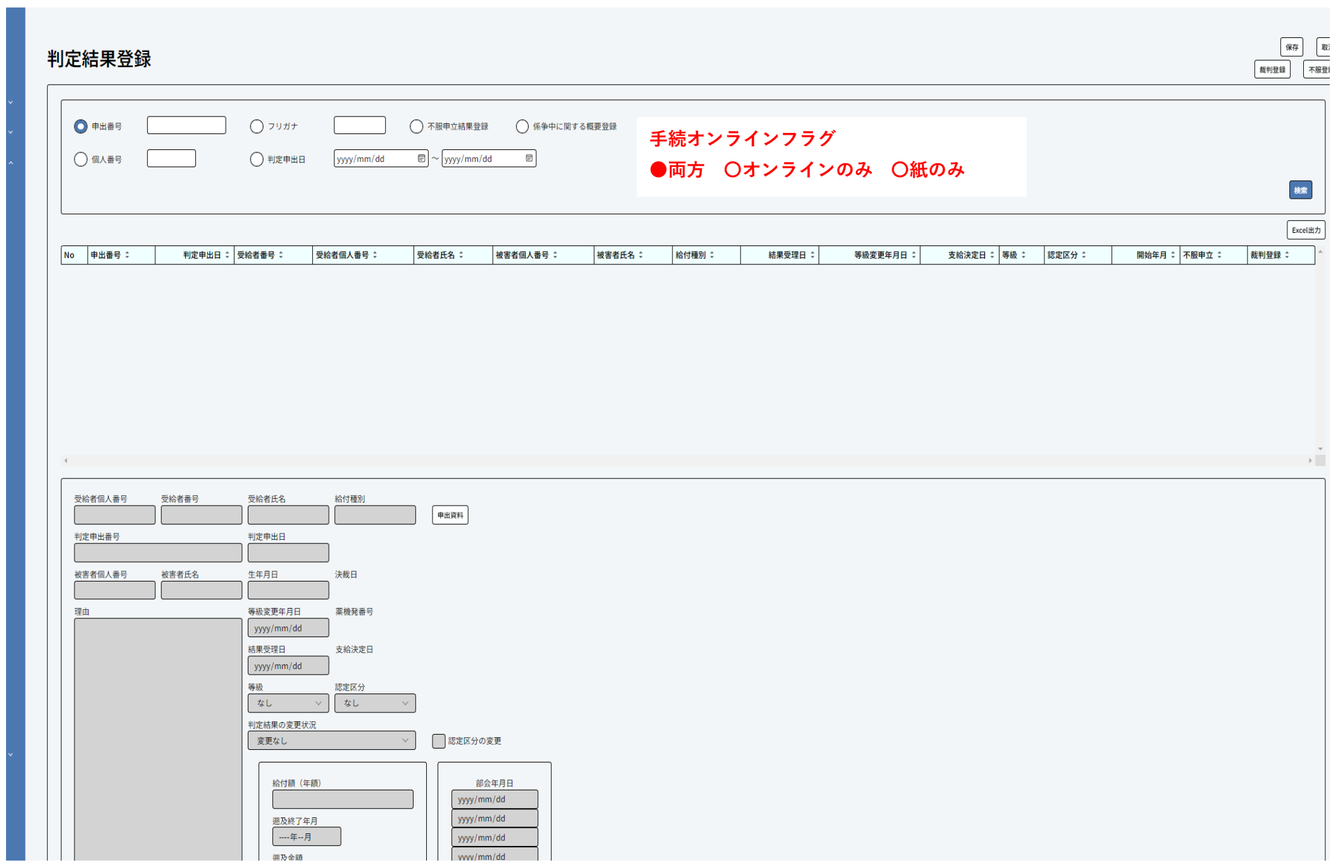
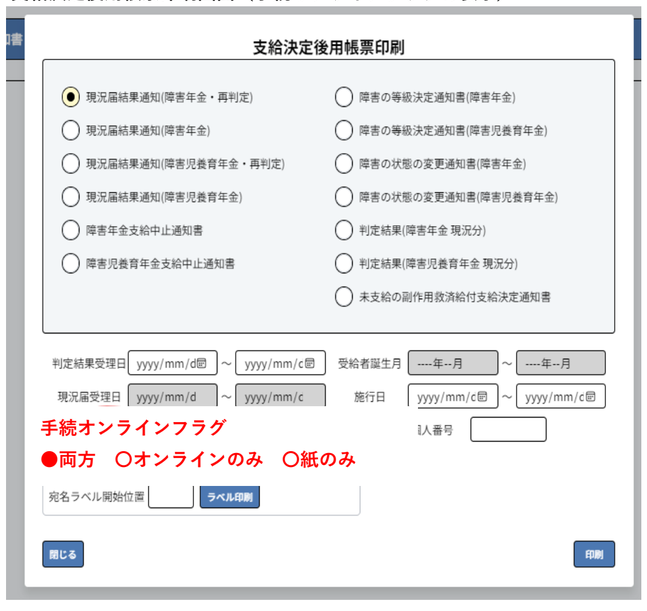


支給決定後用帳票印刷画面（手続オンラインフラグの表示）

現況届/改定請求進捗管理画面（手続オンラインフラグの編集、表示）



判定結果登録画面（手続オンラインフラグの表示）



支給決定後用帳票印刷画面（手続オンラインフラグの表示）