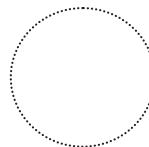
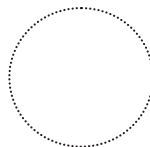
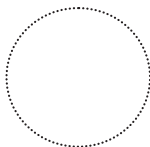


- ・請求者に間違いがないか、また記入漏れがないかご確認ください。
- ・黒のボールペンでご記入ください。(鉛筆・消せるボールペン等では記入しないでください。)



機権受付印

保健所等受付印

手続様式第14号(施行規則第15条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律第18条第1項の規定による未支給の医療費等の請求書

未支給の医療費等の請求書

石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

申請・請求書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ ハナコ		③請求者の生年月日	明治 (昭和)	大正 (平成)
②請求者氏名	環境 花子				
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地 TEL 044-520-××××				
⑤支給前死亡者との身分関係	1. 配偶者 2. 事実婚 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹				
フリガナ	カンキョウ タロウ		⑦支給前死亡者の生年月日	明治 (昭和)	大正 (平成)
⑥支給前死亡者氏名	環境 太郎				
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
⑧支給前死亡者が死亡の当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地				
⑨認定疾病名	1. 中皮腫 2. 肺がん 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚				
⑩死亡年月日	平成・令和 ××年 7 月 1 日		⑪未支給の医療費等の種類	1. 医療費 2. 療養手当	

署名欄は請求者(本人)の氏名を記入してください。

上記のとおり、石綿による健康被害の救済に関する法律第18条第1項の規定による未支給の医療費等の給付を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 ××年 7 月 8 日 請求者氏名 環境 花子

独立行政法人環境再生保全機構 理事長

いずれかに必ず○をつけてください。

ゆうちょ銀行の通帳番号は8桁の番号を書いてください。

振込みを希望する金融機関(銀行等)の振込先金融機関名を記入してください。

振込先金融機関名	銀行等		ゆうちょ銀行			
	銀行・信金・農協・漁協・その他	支店	通帳記号	1		0
口座番号	普通当座	口座番号	0	0	0	0
フリガナ	カンキョウ ハナコ		フリガナ			
口座名義	環境 花子		口座名義			

(注) 預貯金口座の口座名義について、請求者は本人名義で記入してください。

(注) 貯蓄預金は取り扱っていません。

(注) 太枠内を記入して下さい。

振込先の銀行名・口座番号など所定の必要事項を正確に記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

給付の種類及び金額	ア. 医療費()円、イ. 療養手当()円	計()円
-----------	------------------------	-------

振込先の金融機関口座は、請求者本人名義の口座をご指定ください。