



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第16の3号(施行規則第17条の2関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(未申請死亡者用)

請求書番号					
フリガナ		男・女	②請求者の 生年月日	明治 大正	年 月 日
①請求者氏名				昭和 平成	
フリガナ					
③請求者の 住所		〒 TEL			
④請求者の未申請死亡者との身分関係		1. 配偶者 2. 事実婚者 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹			
⑤ 同一生計で あった者の 死亡時に	氏名	未申請死亡者 との身分関係	現在の連絡先		
			TEL		
			TEL		
			TEL		
			TEL		
フリガナ		男・女	⑦未申請 死亡者の 生年月日	明治 大正	年 月 日
⑥未申請死亡者 の氏名				昭和 平成	
フリガナ					
⑧未申請死亡者が死亡の 当時は有していた住所		〒			
⑨未申請死亡者の死亡年月日		平成・令和 年 月 日			
⑩未申請死亡者が 死亡当時診療を 受けていた医療 機関	医療機関名: 〒 TEL				
⑪請求に係る 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				
⑫未申請死亡者が死亡の当時、日本国内 に住所を有していなかったときは、 日本国内に住所を有していた期間		年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日			

(注)太枠内を記入してください。

裏面へ続く→

令和	年	月	日	請求者氏名
----	---	---	---	-------

振込みを希望する金融機関（銀行等又はゆうちょ銀行のいずれかに記入してください。）

銀行等										ゆうちょ銀行									
振込先 金融 機関名	銀行・信金・ 農協・漁協・ その他									支店	通帳記号	1					0	の	
口座番号	普通 当座	口座番号								通帳番号									
フリガナ										フリガナ									
口座名義										口座名義									

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

※ 「③請求者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。

〒 TEL

氏名 (請求者との続柄)

(注)太枠内を記入してください。

【記入上の注意】

1. 「⑤未申請死亡者の死亡時に同一生計※であった者」の欄に書ききれない場合、別紙に記入の上、添付してください。
※ 同一生計とは、未申請死亡者の収入によって日常生活の全部又は一部を、若しくは請求者（遺族）が未申請死亡者の日常生活の全部又は一部を補っていた場合などです。
2. 「⑫未申請死亡者が死亡の当時、日本国内に住所を有していなかったときは、日本国内に住所を有していた期間」は該当する場合のみ期間を記入してください。
3. 「⑰石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無」で「有」の場合、「1. 係争中」を除き、内容が分かるものの写しを添付してください。
4. 建設アスベスト給付金制度の給付金の請求に当たって厚生労働省へ提出した請求書類一式及び認定結果等は環境省及び独立行政法人環境再生保全機構へ、また、石綿健康被害救済制度の特別遺族弔慰金及び特別葬祭料の請求に当たって独立行政法人環境再生保全機構へ提出した請求書類一式及び認定結果等は厚生労働省へ、それぞれ提供されます。
5. 請求者が建設アスベスト給付金制度の給付金の請求中である場合は、同制度での審査内容等を確認するため、石綿健康被害救済制度の認定に係る審査に時間をいただく場合があります。また、この場合において、必要に応じて追加の資料を求めることがあります。