



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 17 号(施行規則第 18 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

救済給付調整金請求書

申請・請求書 番号		①手帳番号			
フリガナ		男・女	③請求者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
②請求者 氏名					
フリガナ					
④請求者の 住所	〒 TEL				
⑤請求者の被認定者との身分関係		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			
フリガナ		男・女	⑦被認定者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
⑥被認定者 氏名					
フリガナ					
⑧被認定者が死亡の当時有していた住所		〒			
⑨認定申請に係る疾病名	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				
⑩被認定者の死亡年月日	平成・令和 年 月 日				
⑪被認定者が死亡の当時診療を受けていた医療機関	医療機関名: 〒				

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 23 条第 2 項の規定による救済給付調整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
----------	-------

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

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)太枠内を記入してください。

(注)預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能です。

(注)貯蓄預金は取り扱いません。

請求金額	ア 特別遺族弔慰金の額	イ 医療費	ウ 療養手当	摘要
	2, 800, 000円	円	円	
	エ 今回分未支給の医療費等	オ 既支給分未支給の医療費等	請求額(ア-イ-ウ-エ-オ)	
	円	円	円	