機構受付印　　　保健所等受付印

手続様式第12号（施行規則第13条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

療養手当請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書番号 |  | ①手帳番号 |  |
| フリガナ |       | [ ] ・[ ]  | ③請求者の　生年月日 | 元号選択 | 　　  年　  月　  日 |
| ②請求者　氏名 |       |
| フリガナ |       |
| ④請求者の　住所 | 〒        |
|  　　　　　　TEL       |
| ⑤認定申請に　係る疾病名 | 　[ ] ．中皮腫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] ．肺がん　[ ] ．著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺　　　　　[ ] ．著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 |

　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16条第１項の規定による療養手当の支給を受けたく、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 |      　金融機関選択　　　　     　支店 | 通帳記号 | １ |    |    |    | ０ | の |
| 口座番号 | [ ] 普通 | 口座番号　      |  |  |  |  |  |  |  | 通帳番号 |  |  |  |       |  |  |  |  |
| [ ] 当座 |
| 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となります。

（注）貯蓄預金は取り扱っていません。

【注意事項】

　認定の申請をした後、認定前に療養手当の請求を行う場合には、①は空欄としてください。

既に認定を受けている方は、②～⑤について、請求者の氏名や認定申請に係る疾病名等に代えて、

被認定者の氏名や認定疾病名等を記入してください。