



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第10号(施行規則第12条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

医療費請求書

申請・請求書番号			①手帳番号		
フリガナ		男・女	③被認定者の生年月日	明治 大正	年 月 日
②被認定者氏名				昭和 平成 令和	
フリガナ					
④被認定者の住所	〒 TEL				
⑤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				
⑥認定疾病に係る療養を開始した日	(西暦) 年 月 日				
⑦被認定者若しくは被認定者を扶養している者の加入している社会保険の種類	種類	被保険者本人等別	保険者の名称		
		本人・被扶養者			
⑧保険医療機関等以外の医療を受けた理由					
⑨保険医療機関で医療を受けたが、石綿健康被害医療手帳を提示しなかった理由	1. 石綿健康被害医療手帳交付前であったため 2. その他()				
⑩当該請求に係る保険医療費のうち自己負担額合計 (受診等証明書(手続様式第11号)中⑦Aの合計金額)	円				
⑪移送された区間及び移送に要した費用 (受診等証明书中⑧の区間及び金額)	区間	費用			
	から まで				円
⑫高額療養費の支給額	円				
⑬合計金額 (⑩+⑪-⑫)	円				

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4条第1項の規定により、受診等証明書に記載の疾病に係る医療について医療費の支給を受けたく、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、認定前に医療費の請求を行う場合には、①は空欄とし、②～④は請求者(又は認定の申請をした者)、⑤及び⑥については認定申請に係る疾病について記入してください。