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 ②請求者 氏名		男・女	③請求者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　月　日 令和
フリガナ ④請求者の 住所	〒 TEL			
⑤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			

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	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。