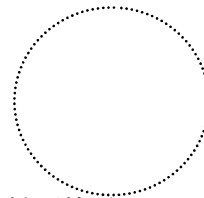


機構受付印



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		男・女	③請求者の 生年月日	明治	大正
②請求者 氏名				昭和	平成
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 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺		2. 肺がん 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。