



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		手帳番号	
フリガナ			
①請求者氏名	男・女	②請求者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
フリガナ			
③請求者の住所	〒 TEL		
④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	印 (自筆署名の場合は押印省略可)
----------	-------	-------------------

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	普通口座番号 当座	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】

既に認定を受けている方は、①～④について、申請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。