



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	カンキョウ タロウ		③請求者の生年月日	明治	大正
②請求者氏名	環境 太郎	(男)女		昭和	平成
フリガナ	カナガワケンカサワキシサイワイクオホシキョウ				
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町		認定申請に係る疾病名に該当するもの1つに○をつけてください。		
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				

記入した年月日をご記入ください。

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 環境 太郎

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	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	カンキョウ タロウ	フリガナ				
口座名義	環境 太郎	口座名義				

(注)太枠内を記入してください。

(注)預貯金口座の振込先を記入してください。

(注)貯蓄預金口座の振込先を希望する金融機関(銀行等またはゆうちょ銀行のどちらか)の口座を記入してください。
 口座名義には、申請者の氏名をお書きください。
 フリガナも忘れずに記入してください。
 なお、申請者本人以外の口座に振り込むことはできません。
 必ず通帳を見て、誤りがないか確認してください。

【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。