



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 14 号(施行規則第 15 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

未支給の医療費等の請求書

申請・請求 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	年 月 日
②請求者 氏名				昭和 平成 令和	
フリガナ					
④請求者の 住所	〒 TEL				
⑤支給前死亡者との身分関係	1. 配偶者 2. 事実婚者 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹				
フリガナ		男・女	⑦支給前 死亡者の 生年月日	明治 大正	年 月 日
⑥支給前死亡者 氏名				昭和 平成 令和	
フリガナ					
⑧支給前死亡者が 死亡の当時有して いた住所	〒 TEL				
⑨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				
⑩死亡年月日	平成・令和 年 月 日		⑪未支給の医療費等の種類	1. 医療費 2. 療養手当	

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 18 条第 1 項の規定による未支給の医療費等の給付を受けたく、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 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です。

(注)貯蓄預金は取り扱いません。

給付の種類及び金額	ア. 医療費()円、 イ. 療養手当()円	計()円
-----------	-------------------------	-------

【記入上の注意】

- 「手帳番号」は、石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は、手帳に記載されている番号を記入してください。
- 「⑪未支給の医療費等の種類」は当該請求書で請求する未支給の医療費等をすべて選択してください。