



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第16号(施行規則第17条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(施行前死亡者用)

請求書番号			
フリガナ	カンキョウ ハナコ		
①請求者氏名	環境 花子	男・女	②請求者の生年月日
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ		
③請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310		TEL 044-520-XXXX
④請求者の施行前死亡者との身分関係		<input type="radio"/> 1. 配偶者 <input type="radio"/> 2. 事実婚者 <input type="radio"/> 3. 子 <input type="radio"/> 4. 父母 <input type="radio"/> 5. 孫 <input type="radio"/> 6. 祖父母 <input type="radio"/> 7. 兄弟姉妹	
⑤施行前死亡者であった者の死亡時に	氏名	施行前死亡者との身分関係	現在の連絡先
	環境 肇	父	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××TEL×××-×××-××××
	環境 花子	妻	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××TEL×××-×××-××××
	環境 一郎	子	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××TEL×××-×××-××××
⑥の死亡者の死亡当時に同一生計であった方、全員を記入してください。		本請求書を提出する時の住所などをご記入ください。	
フリガナ	カンキョウ タロウ	男・女	⑦施行前死亡者の生年月日
⑥施行前死亡者の氏名	環境 太郎		昭和 10年 5月 1日
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ		
⑧施行前死亡者が死亡の当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310		
⑨施行前死亡者の死亡年月日		平成 13年 2月 2日	
⑩施行前死亡者が死亡当時診療を受けていた医療機関	医療機関名: ○○病院 〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町×× TEL XXX-XXX-XXXX		
⑪請求に係る疾病名	<input type="radio"/> 1. 中皮腫 <input type="radio"/> 2. 肺がん <input type="radio"/> 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="radio"/> 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚		
⑫施行前死亡者が死亡の当時、日本国内に住所を有していなかったときは、日本国内に住所を有していた期間	<input type="radio"/> 1. 中皮腫 または <input type="radio"/> 2. 肺がんのいずれか1つに○をつけてください。		月 日 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日

(注)太枠内を記入してください。

裏面へ続く→

→表面からの続き

		労働者災害補償保険	1. 請求予定 請求先	②. 請求中 ( )	3. 不認定 ) 労働基準監督署	4. 受給中
⑬他の健康被害に関する給付	建設アスベスト給付金に関する請求等状況		1. 請求予定 請求時期	2. 請求中	建設アスベスト給付金制度の請求状況について、いずれかに○を付けてください。認定済みの方は中皮腫・石綿による肺がんであったことを証明する資料を省略して請求いただくことができます。	
	その他給付の種類 (労働者災害補償保険以外に申請中の場合)		5. 請求予定なし		1. 元国鉄・石綿補償制度 2. 船員保険 3. 公務員災害補償制度 4. その他 ( )	
⑭労働者災害補償保険の対象可能性がある場合の厚生労働省への請求情報の提供	労働者災害補償保険法の対象となる可能性がある場合に住所、氏名、連絡先等の請求情報を厚生労働省に提供することについて希望されますか。				<input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。	
⑮請求情報の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、請求時に提出された情報を匿名化した上で調査・研究に活用することについて同意されますか。				<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑯がん登録等の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のため、がん登録等のデータベースに登録された情報を調査・研究に活用することについて同意されますか。				<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑰石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無			無・有 ( )		請求者のご病気に関する情報を、中皮腫等の診断・治療の向上のために利用することに同意いただける場合には、⑮⑯の「同意します。」にチェックをお願いします。 (同意の有無が審査に影響することはありません。)	
記入した年月日をご記入ください。		記のとおり、石綿による健康被害の救済に関する慰労金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求いたします。				
令和 年 月 日		請求者氏名		環境 花子		

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	〇〇〇 (銀行・信金・農協・漁協・その他)	〇〇	
口座番号	(普通当座) 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		
フリガナ	カンキョウ ハナコ		
口座名義	環境 花子		

振込みを希望する金融機関（銀行等またはゆうちょ銀行のいずれか）の口座を記入してください。口座名義には、請求者のお名前をお書きください。フリガナも忘れずにご記入ください。なお、請求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、誤りが無いか確認してください。

(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。

※ 「③請求者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。

〒106-〇〇〇〇 東京都港区六本木×丁目××-×× TEL 090-××××-××××

氏名 環境 一郎 (請求者との続柄 子 )

(注) 太枠内を記入してください。