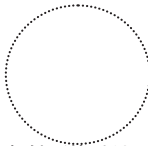
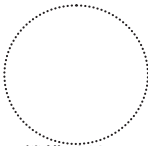
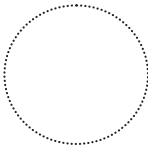


- ・請求者に間違いがないか、また記入漏れがないかご確認ください。
- ・黒のボールペンでご記入ください。（鉛筆・消せるボールペン等では記入しないでください。）



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 17 号（施行規則第 18 条関係）

石綿による健康被害の救済に関する

救済給付調整金請求書

石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

申請・請求書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ ハナコ		③請求者の生年月日	明治 大正 (昭和 平成 令和 20 年 7 月 27 日	
②請求者氏名	環境 花子	男(女)			
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				
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
⑤請求者の被認定者等(被認定者又は申請中死亡者)との身分関係	①.配偶者 5. 孫	2. 事実婚 6. 祖父母	3. 子 7. 兄弟姉妹	4. 父母	
フリガナ	カンキョウ タロウ		⑦被認定者等の生年月日	明治 大正 (昭和 平成 令和 15 年 5 月 15 日	
⑥被認定者等氏名	環境 太郎	男(女)			
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被認定者等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 番地				
⑨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				
⑩被認定者等の死亡年月日	平成・令和 ××年 7 月 1 日				
⑪被認定者等が死亡の当時診療を受けていた医療機関	医療機関名: ××病院 〒×××-×××× ××県××市×××				

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 23 条第 2 項の規定による救済給付調整金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 ××年 7 月 8 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

いすれかに必ず○をつけてください。

ゆうちょ銀行の通帳番号は 8桁の番号を書いてください。

振込先金融機関名	銀行等		ゆうちょ銀行									
	○ ○ ○	(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	カンキョウ ハナコ		フリガナ									
口座名義	環境 花子											

振込先の銀行名・口座番号など所定の必要事項を正確に記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

(注) 預貯金口座の口座名義については、請求者

(注) 貯蓄預金は取り扱っていません。

請求金額	ア 特別遺族弔慰金の額	イ 医療費	ウ 療養手当	摘要
	2, 800, 000円	円	円	
	エ 今回分未支給の医療費等	オ 既支給分未支給の医療費等	請求額(ア-イ-ウ-エ-オ)	
	円	円	円	