≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

						(様	 (式第6号)	1	
		追加給付金支	給請求	書					
				番号	※支払基	金使用欄	要)		
フリガナ	+=	キン タロウ		生年月日	昭和 平成	OO 年 OC	0月00日		
氏 名 (感染された方)	基金	金 太郎	男・女	及び年齢	令和	ž	苘 ○○ 歳	\vdash	請求書提出日現在の年齢をご記入ください。
フリガナ	トウキョウト ミナトク シンバシ				•				
請 求 者 住所及び	東京	遺 港区新橋○-○						記載事項等について問い合わせすることが	
电品值写	電話番号 ○○ (○○○○)○○○○ ◆								ありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)
		る場合には太枠内を記載してくた		双从北北部	11. A & 4. 体	1-88-t-7 /t-)	をご記入ください。
	代理人への 2 i 委任事項 3 i	t会保険診療報酬支払基金への ≜加給付金の受取に関する件 tの他(当するものに○をつけてください			いいロインとき	に関する計)		
/NTW /=	フリガナ (〒 -)								
代理人に 関する事項	代理人住所 及び電話番号	都·道 府·県						ご本人が請求される場合、ご記入は不要です。	
	マリガナ 電話	番号 (1						
	代理人氏名			請求者 との関係					
和解等成立年月日	↑ 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 裁判所名 ○○地方 裁判所						裁判所] [給付金を請求した際の和解調書等からご記入
事件番号	平成〇〇 年(O)第 OOO 号	· 原告番号	00				\prod	ください。
	金融機関名 ・支店名	00	銀行 第 信用金庫 月 信用組合 第	労金 農協 魚協	С	0	本店 支店 出張所] [
振込先	フリガナ	ナキン タロウ		預金種目 普通 当座 ※該当するものに〇をつけてください。			1		ロ座名義は、感染された方ご本人の名義として ください。
	口座名義	座名義 基金 太郎			口座番号 (右詰め) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 ○ <t< td=""><td></td></t<>				
通知書の 送付方法	支払基金から送付す	る通知書について、希望の送付	形態に〇をつ	つけてください	。[1普通	郵便 ② 貿易	品書留] ◀	H	支払基金から「支給通知書」及び「振込通知書」
を送付いたしますので、希望送付形態の数字を 症状進展に伴い、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、 追加給付金の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた 問題について社会保険診療報酬支払基金は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。									
令和○○年○○月○○日 請求金額 11,000,000 円 ◆ (内駅については別紙の通り) 請求者氏名 基金 太郎							※ 通知書には、多くの個人情報が記載されていることから、「簡易書留」での送付を推奨しております。		
代理人氏名 (代理人を指定したとき) 社会保険診療報酬支払基金理事長 殿									感染された方ご本人の氏名をご記入ください。
請求書の提	出年月日をご記		紙の「今回 入された			合付金の額	J欄	_	

弁護士等の代理人の方が 請求される場合 感染された方 : 基金 太郎 代理人(弁護士):東京 一郎

≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

		追加給付金支	.給請求書	:	(*	 様式第6号)					
フリガナ	1	キキン タロウ		番号	(記入不						
氏 名				生年月日 及び年齢	平成	〇月〇〇日					
(感染された方)		ミナトクシンバシ				満 〇〇 歳		胡水香提出口現住の中断をこむ人へださい。			
請求者	(+ 000 - 0000)							感染された方ご本人の「住所」及び「電話番号」			
住所及び 電話番号	東京 鬱≞ 港区新橋○-○-○ ◆							をご記入ください。			
電話番号 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇											
	代理人への 委任事項	1 社会保険診療報酬支払基金への ② 追加給付金の受取に関する件 3 その他(※ 該当するものに〇をつけてください		 	「代理人への委任事項」について、該当する数字を〇で囲んでください。該当するものが複数ある場合は、複数の数字を〇で囲んでください。						
代理人に	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガイ (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)	2キ								
関する事項	代理人住所 及び電話番号	東京 都道 千代田區電話番号 〇〇 (〇〇〇〇						記載事項等について問い合わせすることがあり			
	フリガナ	トウキョウ イチ		請求	:者	#_L		ますので、連絡可能な番号をご記入ください。			
	代理人氏名	東京一	郎	と の限	関係	養士					
和解等成立年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 裁判所名 ○○地方 裁判所					裁判所	}	給付金を請求した際の和解調書等からご記入 ください。			
事件番号	号 平成○○ 年(○)第 ○○○ 号 原告番号 ○○					┦					
	金融機関名 ・支店名	00	銀行 労金信用金庫 農協信用組合 漁協		00	本店 支店 出張所		上記「代理人への委任事項」欄で「2 追加給付金の受取に関する件」を委任している場合は、 代理人名義の口座となります。			
振込先	フリガナ	トウキョウ イチロウ			普通・当i ※該当するものにOをつ			なお、請求者ご本人の口座とする場合は、上記 代理人への委任事項の「2 追加給付金等の受取			
	口座名義	東京 一郎		1座番号 〇	0000	000		に関する件」の〇は不要です。			
通知書の 送付方法	支払基金から	送付する通知書について、希望の送付	形態にOをつけて	てください。[1 普通郵便・2 簡	易書留] 🗲		支払基金から「支給通知書」及び「振込通知書」			
追加給付金の支 (代理人を指定 問題について社会 また、代理人は	症状進展に伴い、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、 追加給付金の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた 問題について社会保険診療報酬支払基金は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。										
令和〇〇年〇〇月〇〇日 請求金額 11,000,000 円 (内駅については別紙の通り) 請求者氏名 基金 太郎								※ 通知書には、多くの個人情報が記載されていることから、「簡易書留」での送付を推奨しております。			
社会保険診療	報酬支払基金	代理人E (代理人を指 金理事長 殿	-	東京	一郎			感染された方ご本人の氏名及び代理人の方の 氏名をご記入ください。 なお、委任事項が記載されている訴訟委任状 を提出された場合は、請求者氏名の記入を省略 することができます。			
請求書提出	年月日をこ		氏の「今回請 入された金額		温加給付金の額 入ください。]欄					

ご遺族の方(相続人)が 請求される場合

感染された方:基金 太郎 ご遺族 :基金 花子

≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

		追加給付金支	給請求	書		(様	式第6号)		
				番号		^{態金使用欄} (<mark>記入不</mark> 要	要)		
フリガナ		キキン タロウ	<u> </u>	生年月日	昭和平成	OO 年 OC	月〇〇日		
氏 名 (感染された方)		基金 太郎	男・女	及び年齢	令和	満	○○ 歳	\vdash	死亡時の年齢をご記入ください。
フリガナ		・トシマク ミナミイケブクロ - 〇〇〇〇)			·				
請 求 者 住所及び 電話番号	東京	^{翻道} 豊島区南池袋C	-O-C	—	•				ご遺族の方の「住所」をご記入ください。
老品出 5	電話番号	00 (0000)0000		\vdash	記載事項等について問い合わせすることが				
	※ 代理人を	指定する場合には太枠内を記載してくだ 1 社会保険診療報酬支払基金への		爲什五八 則	い合わせ等	ミニ思士るみ			ありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)
	代理人への 委任事項	2 追加給付金の受取に関する件 3 その他(※ 該当するものに〇をつけてください。			10.0176 #	デースグ グイ)		をご記入ください。
	フリガナ		(188821)(-	37					
代理人に 関する事項	代理人住所 及び電話番号	(〒 —) 都·道 府·県							ご遺族の方ご本人が請求される場合、ご記入 は不要です。
	電話番号 ()								
	フリガナ			請求者との関係					
和解等成立年月日	令和○○年○○月○○日 裁判所名 ○○地方				地方	裁判所		給付金を請求した際の和解調書等からご記入	
事件番号	事件番号 平成〇〇 年(〇)第 〇〇〇 号 原告番号			00					ください。
	金融機関名・支店名	00 (銀行 労信用金庫 農信用組合 流	う金 是協 組協	C	00	本店 支店 出張所		
振込先	フリガナ	キキン ハナコ		預金種目	※該当	普通・ 当座 するものにOをつけ		\	口座名義は、ご遺族の方の名義としてください。
	口座名義	基金 花子		口座番号 (右詰め)	00	000	000		
通知書の 送付方法	支払基金から	ら送付する通知書について、希望の送付チ	形態に〇をつ	けてください	。[1 普通		書留]	1	支払基金から「支給通知書」及び「振込通知書」
を送付いたしますので、希望送付形態の数字を 症状進展に伴い、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、 追加給付金の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた 問題について社会保険診療報酬支払基金は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。									
令和○○年○○月○○日 請求金額 11,000,000 円◆								※ 通知書には、多くの個人情報が記載されていることから、「簡易書留」での送付を 推奨しております。	
(内駅については別紙の通り) 請求者氏名 基金 花子									
代理人氏名 (代理人を指定したとき)								こ遺族の方の氏名をご記入ください。	
社会保険診療	報酬支払基金	金理事長 殿							
<u> </u>									
請求書の提出	日年月日を	ご記入ください。 別紙に記り	の「今回	請求する金額をご	る追加約記入くだ		欄		

ご遺族の方(相続人)の代理人 の方が請求される場合

感染された方 : 基金 太郎 ご遺族 : 基金 花子 代理人(弁護士): 東京 一郎

≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

(様式第6号) 追加給付金支給請求書									
				番号		^{L基金使用欄} (記入不要)		
フリガナ		キキン タロウ		生年月	田利 平成	POO年OO.	月〇〇日	١.	
氏 名 (感染された方) フリガナ				及び年	齢 令和	i i	〇〇 歳	H	死亡時の年齢をご記入ください。
請 求 者 住所及び 電話番号	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 請求者 住所及び 東京 衛道 豊島区南池袋〇-〇-〇				—				ご遺族の方の「住所」及び「電話番号」をご記入ください。
	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 指定する場合には太枠内を記載してくだ							
	代理人への 委任事項	① 社会保険診療報酬支払基金への ② 追加給付金の受取に関する件 3 その他(※ 該当するものに〇をつけてください。	書類の送付、 (複数選択可		問い合わせ	等に関する件)		「代理人への委任事項」について、該当する数字を〇で囲んでください。該当するものが複数ある場合は、複数の数字を〇で囲んでください。
代理人に 関する事項	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセ (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)							
関サる争項	代理人住所 及び電話番号 フリガナ	東京 都道 千代田区 電話番号 〇〇 (〇〇〇) トウキョウ イチロ						記載事項等についてお問い合わせすることが ありますので、連絡可能な番号をご記入ください。	
	快理人氏名 東京 一郎				請求者 との関係	弁護:	±		
和解等成立年月日	和解等成立年月日 令和〇〇 年 〇〇月〇〇日 裁判所名		〇〇地方 裁判所			裁判所		給付金を請求した際の和解調書等からご記入 ください。	
事件番号	平成〇〇	年(〇)第 〇〇〇 号	原告番号			00			1,200
	金融機関名・支店名	00	銀行 労信用金庫 農信用組合 漁	出張所					上記「代理人への委任事項」欄で「2 追加給付金の受取に関する件」を委任している場合は、 代理人名義の口座となります。
振込先	フリガナ	トウキョウ イチロウ	預金種目 普通 当座 ※該当するものにOをつけてください。					なお、ご遺族の方ご本人の口座とする場合は、 上記代理人への委任事項の「2 追加給付金等の 受取に関する件」の〇は不要です。	
	口座名義	東京一郎		口座番号 (右詰め)		0000	00	J	文4(10) (10) (10) (10) (10)
通知書の 送付方法	支払基金から		形態に〇をつ	けてください	ハ。[1普	通郵便 ②簡易書	:留] ◀		支払基金から「支給通知書」及び「振込通知書」
症状進展に伴い、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、 追加給付金の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた 問題について社会保険診療報酬支払基金は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。								を送付いたしますので、希望送付形態の数字を 〇で囲んでください。 【普通郵便】 受取先の郵便受箱(ポスト)への配達となります。 【簡易書留】 ご本人受取の配達となります。	
令和○(請求金額		月 ○○ 日 1,000,000 円 ◆ 請求者氏	名	基金	定花	子			※ 通知書には、多くの個人情報が記載されていることから、「簡易書留」での送付を 推奨しております。
社会保険診療	報酬支払基金	代理人氏 (代理人を指 金理事長 殿		東京	<u> </u>	郎			ご遺族の方の氏名及び代理人の方の氏名をご 記入ください。 なお、委任事項が記載されている訴訟委任状 を提出された場合は、請求者氏名の記入を省略 することができます。

請求書の提出年月日をご記入ください。

別紙の「今回請求する追加給付金の額」欄 に記入された金額をご記入ください。

≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

(別紙)

追加給付金支給請求書

留意事項

- 1. 病態について、1~3のうち該当するものにOをつけてください。
- 2 すでに受給した給付金・追加給付金の額を下記「病態ごと給付金額」の表を参照し、B欄(給付金)及び C欄(追加給付金)に記載してください。
- 3. 「A 給付金」から「B すでに受給した給付金」と「C すでに受給した追加給付金の額」を引いた金額を「D 今回請求する追加給付金の額」の欄に記載してください。

Г	病態	項目	請求金額
r		A 給付金	36,000,000 円
	アングラス アングラス アングラス アングラス アングラ アングラ アングラ アンフィン アンフィン アン・アン・アン アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・アン・ア	B すでに受給した給付金の額(下記ウ・オ・キのみ。)	25,000,000 円
U	肝硬変(重度)	C すでに受給した追加給付金の額	0 円
		D 今回請求する追加給付金の額(A-B-C)	計 11,000,000円
		A 給付金	25,000,000 円
١,	T (本本 / 表	B すでに受給した給付金の額(下記オ・キのみ。)	Ħ
2	肝硬変(軽度)	C すでに受給した追加給付金の額	円
		D 今回請求する追加給付金の額(A-B-C)	計 円
		A 給付金	12,500,000 円
3	慢性肝炎	B すでに受給した給付金の額(下記キのみ。)	円
		C 今回請求する追加給付金の額(A-B)	計 円

該当する病態の数字を〇で囲んでください。

はじめに支給された「給付金」の額をご記 入ください。

過去に<u>追加給付金</u>を受給したことがある 場合、すでに受給した「追加給付金」の額を ご記入ください。

《病態ごと給付金額》

ア	除斥期間が経過した肝がん		
1	除斥期間が経過した肝硬変(重度)		
ゥ	肝硬変(軽度)	25, 000, 000円	
ェ	除斥期間が経過した肝硬変(軽度)		※当初請求時の病態が
オ	慢性肝炎	12, 500, 000円	「ウ」、「オ」又は「キ」の場合 はB欄に記載が必要です。
カ	除斥期間が経過した慢性肝炎		は日懶に記戦が必安です。
+	無症候性持続感染者(無症候性キャリア)	6, 000, 000円	
ク	特定無症候性持続感染者		
	(除斥期間が経過した無症候性キャリア)		

※ 死亡した場合であっても、<u>B型肝炎ウイルスの持続感染に起因した死亡でない場合は、死亡に相当する追加給付金は支給されません。</u>

病態のウ(2500万円)、オ(1250万円)又はキ(600万円)に該当して給付金を受給したことがある場合は、追加給付金から控除されますので、当該給付金に係るB欄の記入が必要です。