

感染された方ご本人が  
請求される場合

《 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           | キコウ タロウ |   | 番号           |                | ※DX審査支払機構使用欄<br>(記入不要) |                             |    |   |         |                 |  |
| 氏名<br>(感染された方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 機構 太郎                                                                                                                     | 男・女     | 男 | 生年月日<br>及び年齢 | 昭和<br>平成<br>令和 | 〇〇                     | 年                           | 〇〇 | 月 | 〇〇      | 日               |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | トウキョウト コウトウクトヨス                                                                                                           |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| 請求者<br>住所及び<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 東京 (都・道<br>府・県) 江東区豊洲〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                                                                       |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| 代理人に<br>関する事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。                                                                                               |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 代理人への<br>委任事項<br>1 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせ等に関する件<br>2 追加給付金の受取に関する件<br>3 その他 ( )<br>※ 該当するものに○をつけてください。(複数選択可) |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ (〒 - )                                                                                                               |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 代理人住所<br>及び電話番号<br>都・道<br>府・県<br>電話番号 ( )                                                                                 |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |         |   |              | 請求者<br>との関係    |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| 代理人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| 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               |                             |    |   |         |                 |  |
| 事件番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 平成〇〇 年 ( ) 第 〇〇〇 号                                                                                                        |         |   |              | 原告番号           | 〇〇                     |                             |    |   |         |                 |  |
| 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 金融機関名<br>・支店名                                                                                                             | 〇〇      |   |              |                | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合     | 〇〇                          |    |   |         | 本店<br>支店<br>出張所 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                                                                                                                      | キコウ タロウ |   |              |                | 預金種目                   | 普通・当座<br>※該当するものに○をつけてください。 |    |   |         |                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 口座名義                                                                                                                      | 機構 太郎   |   |              |                | 口座番号<br>(右詰め)          | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇         |    |   |         |                 |  |
| 通知書の<br>送付方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に○をつけてください。[ 1 普通郵便・2 簡易書留 ]                                                                 |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |
| 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。<br>(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医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。<br>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。<br><br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br><br>請求金額 11,000,000 円<br>(内訳については別紙の通り)<br><br>請求者氏名 機構 太郎<br><br>代理人氏名 (代理人を指定したとき)<br><br>医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿 |                                                                                                                           |         |   |              |                |                        |                             |    |   |         |                 |  |

請求書提出日現在の年齢をご記入ください。

記載事項等について問い合わせることがありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)をご記入ください。

ご本人が請求される場合、ご記入は不要です。

給付金を請求した際の和解調書等からご記入ください。

口座名義は、感染された方ご本人の名義としてください。

DX審査支払機構から「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○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。

※ 通知書には、多くの個人情報に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。

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。

弁護士等の代理人の方が  
請求される場合

感染された方：機構 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)                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|------------------------|-----------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                          | 番 号         | ※DX審査支払機構使用欄<br>(記入不要) |                             |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | キコウ タロウ                                                                                                                   |                                                          | 男・女         | 昭和                     | 〇〇年〇〇月〇〇日                   |  |
| 氏 名<br>(感染された方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 機構 太郎                                                                                                                     |                                                          |             | 平成                     | 〇〇年〇〇月〇〇日                   |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | トウキョウト コウトウクトヨス                                                                                                           |                                                          |             |                        |                             |  |
| 請求者<br>住所及び<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 東京 〇〇〇-〇〇〇〇<br>東京都 江東区豊洲〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                                                                    |                                                          |             |                        |                             |  |
| 代理人に<br>関する事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。                                                                                               |                                                          |             |                        |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 代理人への<br>委任事項<br>① 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせ等に関する件<br>② 追加給付金の受取に関する件<br>③ その他 ( )<br>※ 該当するものに〇をつけてください。(複数選択可) |                                                          |             |                        |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | フリガナ                                                                                                                      | トウキョウト チヨダク カスミガセキ                                       |             |                        |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 代理人住所<br>及び電話番号                                                                                                           | 東京 〇〇〇-〇〇〇〇<br>東京都 千代田区霞ヶ関〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |             |                        |                             |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | トウキョウ イチロウ                                                                                                                |                                                          | 請求者<br>との関係 | 弁護士                    |                             |  |
| 代理人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 東京 一郎                                                                                                                     |                                                          |             |                        |                             |  |
| 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               |                             |  |
| 事件番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 平成〇〇年( )第 〇〇〇 号                                                                                                           |                                                          | 原告番号        | 〇〇                     |                             |  |
| 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 金融機関名・支店名                                                                                                                 | 〇〇 〇〇 〇〇                                                 |             | 本店<br>支店<br>出張所        | 〇〇                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | フリガナ                                                                                                                      | トウキョウ イチロウ                                               |             | 預金種目                   | 普通・当座<br>※該当するものに〇をつけてください。 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 口座名義                                                                                                                      | 東京 一郎                                                    |             | 口座番号<br>(右詰め)          | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇                |  |
| 通知書の<br>送付方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に〇をつけてください。[ 1 普通郵便・2 簡易書留 ]                                                                 |                                                          |             |                        |                             |  |
| 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。<br>(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医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。<br>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。<br><br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br><br>請求金額 11,000,000 円<br>(内訳については別紙の通り)<br><br>請求者氏名 機構 太郎<br><br>代理人氏名 東京 一郎<br>(代理人を指定したとき)<br><br>医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿 |                                                                                                                           |                                                          |             |                        |                             |  |

請求書提出日現在の年齢をご記入ください。

感染された方ご本人の「住所」及び「電話番号」  
をご記入ください。

「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。

記載事項等について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。

給付金を請求した際の和解調書等からご記入  
ください。

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。  
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  
に関する件」の〇は不要です。

DX審査支払機構から「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。

※ 通知書には、多くの個人情報に記載され  
ていることから、「簡易書留」での送付を  
推奨しております。

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。

ご遺族の方(相続人)が  
請求される場合

感染された方：機構 太郎  
ご遺族：機構 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         | ※DX審査支払機構使用欄<br>(記入不要) |                     |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | キコウ タロウ                                                                                                                   |             | 男・女         | 昭和                     | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日      |  |
| 氏 名<br>(感染された方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 機構 太郎                                                                                                                     |             |             | 平成                     | 令和                  |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | トウキョウトシマク ミナミイケブクロ                                                                                                        |             |             |                        |                     |  |
| 請求者<br>住所及び<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )<br>東京 (都・道 府・県) 豊島区南池袋 〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                                                     |             |             |                        |                     |  |
| 代理人に<br>関する事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。                                                                                               |             |             |                        |                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 代理人への<br>委任事項<br>1 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせ等に関する件<br>2 追加給付金の受取に関する件<br>3 その他 ( )<br>※ 該当するものに○をつけてください。(複数選択可) |             |             |                        |                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ (〒 - )                                                                                                               |             |             |                        |                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 代理人住所<br>及び電話番号<br>都・道 府・県<br>電話番号 ( )                                                                                    |             |             |                        |                     |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                           |             | 請求者<br>との関係 |                        |                     |  |
| 代理人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |             |             |                        |                     |  |
| 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               |                     |  |
| 事件番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 平成〇〇 年 ( ) 第 〇〇〇 号                                                                                                        |             | 原告番号        | 〇〇                     |                     |  |
| 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 金融機関名・支店名                                                                                                                 | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 |             | 銀行 労金 農協 信用金庫 信用組合 協同  | 本店 支店 出張所           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                                                                                                                      | キコウ ハナコ     |             | 預金種目                   | 普通・当座               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 口座名義                                                                                                                      | 機構 花子       |             | 口座番号<br>(右詰め)          | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |  |
| 通知書の<br>送付方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に○をつけてください。[ 1 普通郵便 ・ 2 簡易書留 ]                                                               |             |             |                        |                     |  |
| 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。<br>(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医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。<br>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。<br><br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br><br>請求金額 11,000,000 円<br>(内訳については別紙の通り)<br><br>請求者氏名 機構 花子<br><br>代理人氏名 (代理人を指定したとき)<br><br>医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿 |                                                                                                                           |             |             |                        |                     |  |

死亡時の年齢をご記入ください。

ご遺族の方の「住所」をご記入ください。

記載事項等について問い合わせることがありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)をご記入ください。

ご遺族の方ご本人が請求される場合、ご記入は不要です。

給付金を請求した際の和解調書等からご記入ください。

口座名義は、ご遺族の方の名義としてください。

DX審査支払機構から「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○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。

※ 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。

ご遺族の方の氏名をご記入ください。

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。

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 : 機構 太郎  
ご遺族 : 機構 花子  
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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                                                                                                          | キコウ タロウ |    | 番 号         |           | ※DX審査支払機構使用欄<br>(記入不要) |    |      |         |    |  |
| 氏 名<br>(感染された方)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 機構 太郎                                                         |                                                                                                          | 男・女     | 昭和 | 〇〇          | 年         | 〇〇                     | 月  | 〇〇   | 日       |    |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | トウキョウト トシマク ミナミイケブクロ                                          |                                                                                                          |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
| 請求者<br>住所及び<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 東京 〇〇〇〇-〇〇〇〇<br>豊島区南池袋〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇          |                                                                                                          |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
| 代理人に<br>関する事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。                                   |                                                                                                          |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 代理人への<br>委任事項                                                 | ① 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせ等に関する件<br>② 追加給付金の受取に関する件<br>③ その他 ( )<br>※ 該当するものに〇をつけてください。(複数選択可) |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | フリガナ                                                          | トウキョウト チヨダク カスミガセキ                                                                                       |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 代理人住所<br>及び電話番号                                               | 東京 〇〇〇〇-〇〇〇〇<br>千代田区霞ヶ関〇-〇-〇<br>電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇                                                    |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | トウキョウ イチロウ                                                    |                                                                                                          |         |    | 請求者<br>との関係 | 弁護士       |                        |    |      |         |    |  |
| 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      |                        |    |      |         |    |  |
| 事件番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 平成〇〇年 ( 〇 ) 第 〇〇〇 号                                           |                                                                                                          |         |    | 原告番号        | 〇〇        |                        |    |      |         |    |  |
| 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 金融機関名・支店名                                                     | 〇〇                                                                                                       |         |    |             | 銀行        | 労働金庫                   | 農協 | 信用組合 | 信用金庫    | 本店 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | フリガナ                                                          | トウキョウ イチロウ                                                                                               |         |    |             | 預金種目      | 普通 当座                  |    |      |         |    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 口座名義                                                          | 東京 一郎                                                                                                    |         |    |             | 口座番号(右詰め) | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇    |    |      |         |    |  |
| 通知書の<br>送付方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に〇をつけてください。[ 1 普通郵便 ] [ 2 簡易書留 ] |                                                                                                          |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |
| 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。<br>(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医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。<br>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。<br><br>令和〇〇年 〇〇月 〇〇日<br><br>請求金額 11,000,000 円<br>(内訳については別紙の通り)<br><br>請求者氏名 機構 花子<br><br>代理人氏名 東京 一郎<br>(代理人を指定したとき)<br><br>医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿 |                                                               |                                                                                                          |         |    |             |           |                        |    |      |         |    |  |

死亡時の年齢をご記入ください。

ご遺族の方の「住所」及び「電話番号」をご記入ください。

「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。

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。

給付金を請求した際の和解調書等からご記入ください。

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。  
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。

DX審査支払機構から「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。

※ 通知書には、多くの個人情報に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。

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。

肝硬変(軽度)の方が肝硬変(重度)となった場合

《 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○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。

| 病態                | 項目                         | 請求金額           |
|-------------------|----------------------------|----------------|
| 1 死亡、肝がん又は肝硬変(重度) | A 給付金                      | 36,000,000 円   |
|                   | B すでに受給した給付金の額(下記ウ・オ・キのみ。) | 25,000,000 円   |
|                   | 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 |
| 2 肝硬変(軽度)         | A 給付金                      | 25,000,000 円   |
|                   | B すでに受給した給付金の額(下記オ・キのみ。)   | 円              |
|                   | 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            |
| 3 慢性肝炎            | A 給付金                      | 12,500,000 円   |
|                   | 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            |

《病態ごと給付金額》

|                                      |             |                                       |
|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| ア 除斥期間が経過した肝がん                       |             | ※当初請求時の病態が「ウ」、「オ」又は「キ」の場合はB欄に記入が必要です。 |
| イ 除斥期間が経過した肝硬変(重度)                   |             |                                       |
| ウ 肝硬変(軽度)                            | 25,000,000円 |                                       |
| エ 除斥期間が経過した肝硬変(軽度)                   |             |                                       |
| オ 慢性肝炎                               | 12,500,000円 |                                       |
| カ 除斥期間が経過した慢性肝炎                      |             |                                       |
| キ 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<br>(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、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。

該当する病態の数字を○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。

過去に追加給付金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。