

**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			番 号		※DX審査支払機構使用欄 (記入不要)						
氏 名 (感染された方)			キコウ タロウ 機構 太郎		男・女		昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		生年月日 及び年齢		
フリガナ			トウキョウト コウトウクトヨス								
請求者 住所及び 電話番号			(〒 ○○○○ - ○○○○) 東京 都 江東区豊洲 ○-○-○ 府・県 電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○								
代理人に 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 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 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○をつけてください。(複数選択可)						
			フリガナ		(〒 -)						
			代理人住所 及び電話番号		都・道 府・県 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 裁判所				
事件番号			平成 ○○ 年 () 第 ○○○ 号		原告番号		○○				
振込先			金融機関名・支店名		○○		銀行 労働金庫 信用組合 農協 漁協		○○		
			フリガナ		キコウ タロウ		預金種目		普通 当座 ※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 (右詰め)		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
通知書の 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。 (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。 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 (内訳については別紙の通り) 請求者氏名 機構 太郎 代理人氏名 (代理人を指定したとき) 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。