

遺族年金 請求書
遺族一時金

① ふりがな氏名		-----	男女	② 生年月日	年 月 日			
③ 現住所				電話番号	()			
④ 死亡者との身分関係								
⑤ ふりがな死亡者氏名		-----	男女	⑥ 生年月日	年 月 日			
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑦ 実施年月日	年 月 日			
	⑧ 実施市区町村			⑨ 実施場所				
	⑩ 居住地							
⑪ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日		年 月 日	⑫ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地					
⑬ 経過								
⑭ 死亡年月日		年 月 日	⑮ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地					
⑯ 施設収容の有無及び施設名		有 期間 年 月から 年 月まで 無 施設名						
⑰ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑮の死亡者との身分関係		現住所			
		・						
		・						
		・						
⑰ 死亡者と請求者との生計維持関係		1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者の生活費を	<table border="1"> <tr> <td>1 全額負担</td> </tr> <tr> <td>2 一部負担</td> </tr> <tr> <td>3 負担なし</td> </tr> </table>	1 全額負担	2 一部負担	3 負担なし
1 全額負担								
2 一部負担								
3 負担なし								
		----- その他参考となる事項：						
⑱ 障害年金受給の有		有 (年 月から 年 月まで) ・ 無						
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します(※遺族年金と遺族一時金のうち、請求する区分を○で囲んでください。)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>								

(注意)

- 1 ①～③欄は、請求者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入してください。
- 2 ④の欄は、夫、妻などの死亡者との具体的関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦～⑩の欄は、死亡の原因となった予防接種について次のように記入してください。
 - (1) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨実施場所」は当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑪及び⑫の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入してください。
- 6 ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 9 ⑰の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 10 ⑱の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに〔 〕内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
- 11 ⑲の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について記入してください。
- 12 支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにしてください。

※