

支払未済の補償金の支給申出書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律の補償金のうち、支払未済の補償金の支給を申し出ます。

申出者（代表者）は、ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律（令和元年法律第55号。以下「法」という。）第10条第1項の遺族又は同項の相続人（以下「遺族等」という。）であり、先順位である遺族等（※1）は存在しません。また、申出者（代表者）の他に同順位である遺族等がいる場合は、次の※2の内容について了承します。

令和〇年 〇月 〇日

申出者（代表者）氏名 健康 次郎

印

※本人自署の場合は押印省略可能

※ 支給申出前に必ず確認してください ※

以下の内容を確認し、□にチェック(✓)してください。

<※1について>

- 法第10条第1項において、補償金を受けべき者の順位は、①遺族（ハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹）、②相続人の順とされています。
- 法第10条第2項において、補償金を受けべき遺族の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹の順とされています。
- ハンセン病元患者家族の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹が仮にハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていたと仮定した場合において、申出者より先順位である者（以下「先順位候補者」という。）が存在するときには、申出者（代表者）が先順位候補者であってハンセン病元患者家族の死亡時にその者と生計を同じくしていたものがないことを確認した上で支給申出を行ってください。（※ 補償金の支給後、申出者よりも先順位の者がいることが判明した場合には、貴方に対して補償金相当額の返還を求めることとなります。）

<※2について>

- 支払未済の補償金の支給を受けべき同順位の者が2名以上いるときは（例：子が2人）、その全額をその一人に支給することとしています。この場合において、その一人にした支給は、全員に対してしたものとみなされます。

1. 申出者（代表者）の情報

※ 申出書は、申出者（「申出者（代表者）氏名」の欄に氏名が記載されている方）が記載してください。申出者以外の方が申出書を記載する場合は、委任状を提出してください（詳しくは、Q&Aを参照）。

ふりがな	けんこう じろう	性別	生年月日
申出者（代表者）氏名	健康 次郎	男・女	（明治・大正 昭和・平成・西暦） 〇年 〇月 〇日
申出者（代表者）の住所又は居所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京 都 道 府 県	千代田区霞が関〇-〇-〇	
	電話番号 〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇	メールアドレス 〇〇@〇〇.〇〇	
申出者（代表者）の同順位者	氏名	生年月日	ハンセン病元患者家族から見た続柄
	厚労 夏美	昭和〇年〇月〇日	子

(次ページにお進みください)

2. 問合せの際に希望する連絡先

※ 厚生労働省からの問合せの際に申出者(代表者)以外への連絡を希望する場合は、記入してください。

ふりがな	けんこう さびろう	申出者(代表者) との関係	子
氏名	健康 三郎		
住所	〒 ー 都・道 府・県 電話番号 ○○○(○○○)○○○○ メールアドレス ○○○@○○.○○.○○		

3. 認定／不認定決定通知書及び補償金支払通知の送付先

※ 「1. 申出者(代表者)の情報」に記載の住所以外への送付を希望する場合は記入してください。

ふりがな		〒 ー
宛名		都・道 府・県

4. ハンセン病元患者家族の情報

ふりがな	こうせい たろう	性別	生年月日
元患者家族の 氏名	厚生 太郎	男・女	(明治・大正・昭和・平成・西暦) ○年 ○月 ○日
元患者家族の 死亡時の 住所又は居所	〒○○○-○○○○ 東京 都 道 府 県	千代田区霞が関○-○-○	
元患者家族から 見た申出者 (代表者)の 続柄	子	元患者家族の 死亡年月日	令和 ○年 ○月 ○日

5. 振り込みを希望する金融口座

※ 通帳の写し等があれば、金融機関コード・支店コードの記載は不要です。

※ 原則本人名義の口座又は弁護士若しくは司法書士の預かり金口座を記載してください。これ以外の口座への振込を希望する場合は、厚生労働省に相談してください。預り金口座を指定する場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。

名称	○○	銀行・信用金庫 その他()	預金種目	金融機関コード
	○○	本店・支所 支店・出張所	普通・当座・貯蓄	○○○○○○
フリガナ	ケン コウ シ、ロウ	支店コード	口座番号(右詰で記載)	○○○○○○○○○○
口座名義	健康 次郎	※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載ください。		

<申出書の添付書類について>

申出書には、次に掲げる書類を添付してください。日本語で作成されていない添付書類がある場合は、当該書類に日本語の翻訳文を添付してください。

- ① 住民票の写しその他の申出をする者の氏名、性別、生年月日及び住所又は居所を証明することができる書類
- ② ハンセン病元患者家族の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
- ③ 申出をする者が法第十条第一項の遺族(次条において「遺族」という。)である場合にあっては、次に掲げる書類
ア 申出をする者とハンセン病元患者家族との身分関係を証明することができる書類
イ 申出をする者がハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類
- ④ 申出をする者が相続人である場合にあっては、相続人であることを証明することができる書類
- ⑤ 前項第四号の金融機関の名称及び口座番号を明らかにすることができる書類

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手により補償金の支給を受けた場合には、不正に受給した金額の返還が命ぜられ、また、詐欺罪として処罰に処せられることがあります。

厚生労働大臣 殿