

予防接種健康被害救済制度
遺 族 年 金 請 求 書
遺族一時金

記入例

① 個人番号	①記入不要				
② ふりがな氏名	おおさか たろう 大阪 太郎		③ 性別 男	④ 生年月日 昭和○年 ○月 ○日	
④ 現住所	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号		⑤ 死亡者との 身分関係	夫	
⑥ 死亡者氏名	おおさか はなこ 大阪 花子		⑦ 性別 女	⑧ 生年月日 昭和○年 ○月 ○日	
⑩ 受けた 予防接種	⑧ 種類	新型コロナワクチン、臨時		⑨ 実施年月日	令和○年 ○月 ○日
	⑩ 実施者	大阪市長(○○病院)		⑪ 実施場所	大阪市北区中之島○丁目○番○号
	⑫ 居住地	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号			
⑬ 当該疾病につき 初めて診療を受け た年月日	令和○年 ○月 ○日		⑭ 初めて診療を 受けた医療機関の 名称及び所在地	大阪○○病院 大阪市阿倍野区旭町○丁目○番○号	
⑮ 経過	⑭死亡に至る経過を具体的に記入				
⑯ 死亡年月日	令和○年 ○月 ○日		⑰ 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	大阪○○病院 大阪市阿倍野区旭町○丁目○番○号	
⑱ 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				
⑲ 遺族の状況	氏 名	生年月日	⑥の死亡者との 身分関係	現 住 所	備考
	大阪 太郎	昭○・○・○	夫	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号	
	大阪 次郎	平○・○・○	長男	大阪府○○市○○町○○	
	神戸 市子	平○・○・○	長女	○○県○○市○○町○○	
⑳ 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 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:					
㉑ 障害年金 受給の有無	有 (年 月 から 年 月 まで) ・ 無				
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。 令和 ○年 ○月 ○日 請求者氏名 大阪 太郎 市 町 村 長 殿					
㉒ 同 意 欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。 本人署名 ㉒記入・押印不要				

・④は、現住所（実際に居住しているところ）を記入してください。

・⑫は、該当予防接種を受けた当時の住民票上の住所を記入してください。

⑩⑪記入方法は次のとおり

○個別接種（取扱医療機関）
実施者
→大阪市長（医療機関名）
実施場所
→医療機関の所在地

○集団接種
実施者
→大阪市長
実施場所
→集団接種の会場名

㉑この「障害年金」は「健康被害救済制度にある「障害年金」であることに留意してください。（社会保険等の年金制度のものではありません。）

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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ください。
5. ⑧～⑫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) 「⑧種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2) 「⑨実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「⑩実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4) 「⑪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。
 - (5) 「⑫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。
6. ⑬及び⑭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所在地を記入してください。
7. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を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。
9. ⑱の欄は、重症心身障害児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「無」を「○」でかこんでください。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。
10. ⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ⑳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。
12. ㉑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。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
13. ㉒個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。
14. 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。