

公害健康被害の補償等に関する法律
遺族補償費請求書 (後順位者用)

死亡した 被認定者	公害医療手帳 の記号番号	大阪 ー			
	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	氏 名				

遺族補償費受給者	請求者番号(※1)	大阪 ー ー			
	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
	氏 名				
	死亡当時の住所				
	支給がされなくなった事由(※2)		事由発生日	平成 年 月 日 令和	

(※1) わからない場合は空欄で結構です。
(※2) 裏面の「遺族補償費が支給されない場合」の事由を確認のうえ、該当番号を記入願います。

公害健康被害の補償等に関する法律第34条の規定による遺族補償費の支給を請求します。

(提出先) 大 阪 市 長

令和 年 月 日

(請求者) 住 所

受 付 印

電 話

氏 名

(死亡した被認定者との関係)

生年月日 大正・昭和 年 月 日
平成・令和

性 別 男 ・ 女

この請求書に下記の書類を添付して提出願います。
○戸籍謄本 (被認定者・請求者) ○口座振込依頼書(様式第53号)

※他に遺族補償費を請求できる遺族(同順位者)が存在する場合は、裏面に必ず記載願います。

○遺族補償費を請求できる他の遺族(同順位者)

1	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
2	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
3	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
4	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
5	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								

○遺族補償費が支給されない場合

- ① 死亡されたとき。
- ② 婚姻されたとき。(内縁関係を含む。)
- ③ 直系血族又は直系姻族以外の養子になったとき。
(届出をしていないが、事実上、養子縁組関係と同様の場合も含む。)
- ④ 離縁によって、死亡した被認定者との親族関係が終了したとき。
- ⑤ 18歳の誕生日以降の、最初の3月31日が終了したとき。
(遺族補償費を受けている方が子または孫、兄弟姉妹の場合に限ります。)