

[死亡一時金請求書の記入説明書]

○手書き記入の場合、黒色ボールペンを使用してください。

①個人番号

記入不要です。

②氏名、性別 ③生年月日 ④現住所

請求者の氏名、性別、生年月日、請求日現在の住所を記入してください。

⑤死亡者氏名、性別 ⑥生年月日

亡くなられた方の氏名、性別、生年月日を記入してください。

⑦種類

予防接種の対象疾病の種類、定期・定期外または臨時の別を記入してください。

(例)「新型コロナウイルス感染症・臨時」「ジフテリア・定期(第1期第1回)」 など

⑧実施年月日

予防接種を受けた年月日を記入してください。

⑨実施者

「名古屋市長」と記入してください。

※市外の医療機関で予防接種を受けた場合は「名古屋市長(医療機関名)」と記入してください。

※予防接種を受けた日に名古屋市以外に住民票があった方は、当時の住民票地の市区町村への請求となりますので、当時の住民票地の市区町村へお問合せください。

⑩実施場所

予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。(病院名、集団接種会場名等)

⑪居住地

予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。

⑫当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 ⑬初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地

死亡の原因となった疾病について、初めて医師の診療を受けた年月日、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。

⑭経過

死亡に至る経過を具体的に記入してください。

⑮死亡年月日

亡くなられた年月日を記入してください。

⑯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

亡くなられた際、医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。

⑰遺族の状況

亡くなられた方の遺族の状況を記入してください。

⑱遺族の状況について参考となる事項

遺族について参考となる事項があれば、記入してください。

⑱障害年金受給の有無

亡くなられた方の障害年金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、支給を受けていた期間を記入してください。

㉓後遺症一時金の受給の有無

後遺症一時金の受給の有無を記入してください。また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。

㉔同意欄

記入不要です。