

アスベスト

石綿健康被害救済制度の 医療費について

石綿健康被害救済制度は、平成18年3月に施行された
「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく保険優先の公費負担医療制度です。

石綿健康被害医療手帳

手帳番号 123456

公費負担者番号	66141011
公費負担医療の 受給者番号	
被 氏 名	男・女
認 生 年 月 日	年 月 日
定 住 所	
者 認定疾病の名称	
交 付 年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日
発 行 機 関 及 び 印	独立行政法人 環境再生保全機構



患者様よりこちらの手帳を
提示された時や
医療費の証明を求められた際に
ご活用ください。

詳しくは下記までお気軽にお問い合わせください。



独立行政法人環境再生保全機構【石綿健康被害救済部 給付課】

〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310
ミューザ川崎セントラルタワー 9F

TEL 044-520-9617

<https://www.erca.go.jp/asbestos/> [アスベスト(石綿)健康被害の救済]

<https://www.erca.go.jp/asbestos/medical/index.html> [医療関係者向け情報]

石綿 救済

検索

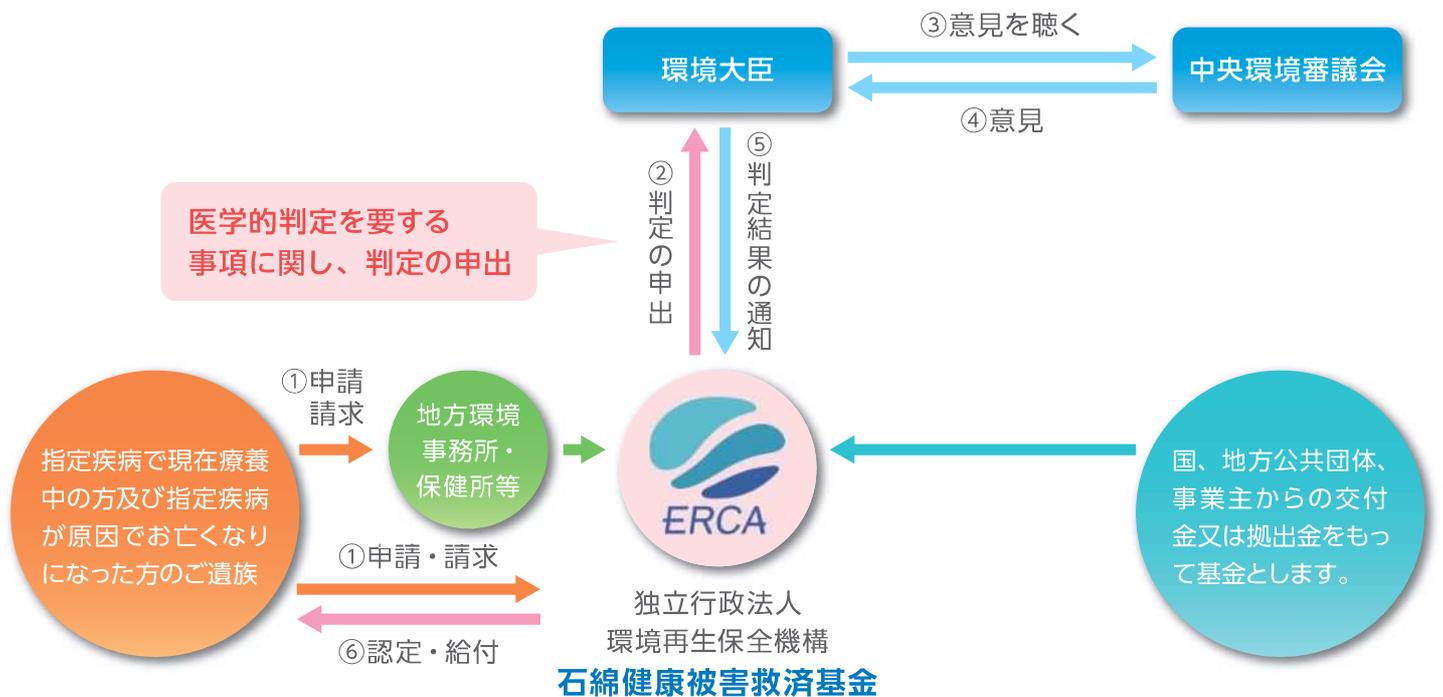
石綿健康被害救済制度について

石綿健康被害救済制度は、日本国内において石綿（アスベスト）による健康被害を受けられた方及びそのご遺族で、**労災補償等の対象とならない方**に対して、医療費等の救済給付を支給する制度です。この制度の対象となる病気（指定疾病）は次のとおりです。

- ① 中皮腫（がんの一種）
- ② 石綿による肺がん
- ③ 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺
- ④ 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

現在これらの病気にかかられている方、及びこれらの病気が原因でお亡くなりになった方のご遺族が、認定の申請や給付の請求をすることができます。

この制度に必要な費用は、国からの交付金、地方公共団体からの拠出金、事業者からの拠出金によって賄われます。



ご療養中の方が石綿健康被害救済制度に認定された場合、「石綿健康被害医療手帳」（以下「医療手帳」といいます。）が交付され、原則として療養を開始した日以降の医療費が給付されます。

認定された方への医療費の給付の方法や医療機関等での医療費の取扱い、医療手帳の交付の前後で異なります。

医療手帳交付後の取扱いについてはP.3、
交付前の取扱いについてはP.4以降をご参照ください。



医療費について

1. 医療費の取扱いについて

医療手帳に記載されている認定疾病及びその続発症(注1)の医療について保険医療費の自己負担分(健康保険法等(注2)で給付される額を除いた額、健康保険法でいうところの一部負担金、標準負担額)を公費で負担します。**認定された方の窓口負担はありません。**

(例：70歳未満一般の場合)

保険者負担(公費医療保険) **70%**

石綿公費負担 **30%**

認定疾病(中皮腫・肺がん・著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚)やその続発症に係る医療費



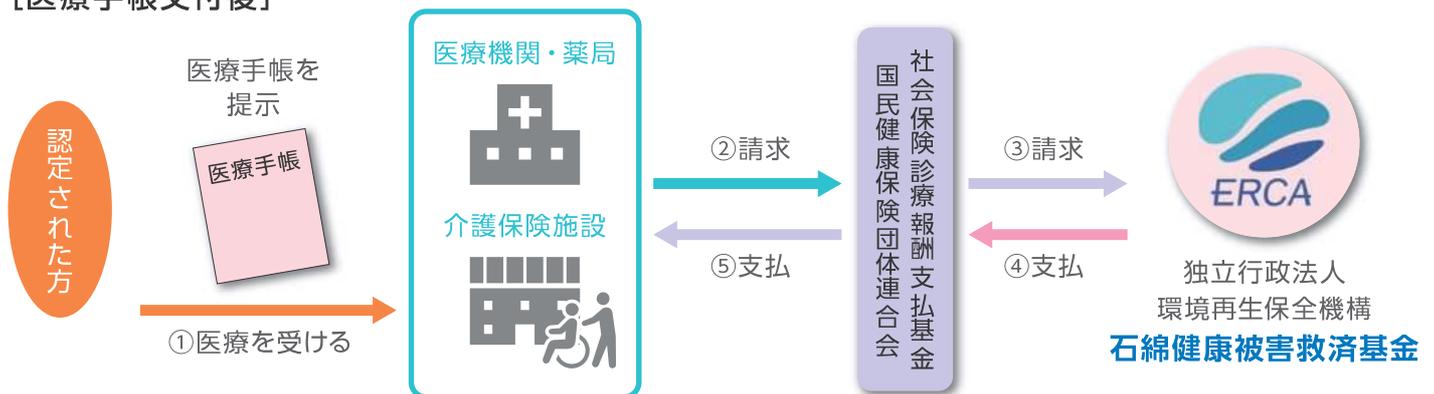
注1) 日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなもの

注2) 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、国民健康保険法、地方公務員等共済組合法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法

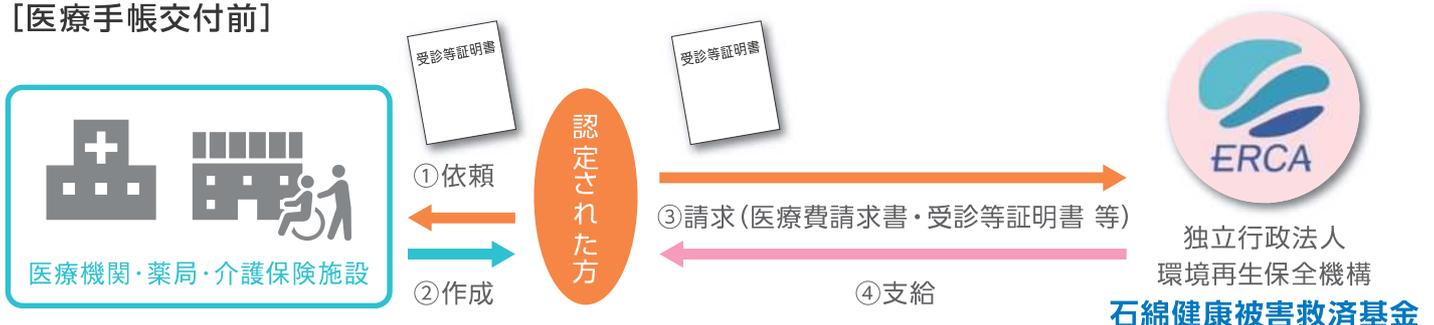
また、介護保険については医療系サービスに限り請求可能となります。詳細はP.12をご覧ください。

2. 医療費請求・支給のながれ

[医療手帳交付後]



[医療手帳交付前]



[医療手帳交付後]

3. 医療手帳について

石綿健康被害医療手帳が石綿公費による医療費の受給証明になります。医療手帳に記載の**交付年月日以降の診療分より、レセプト請求可能**です。また、医療手帳使用にあたり、**医療機関からの事前の申出は不要**です。

石綿健康被害医療手帳	
手帳番号	123456
公費負担者番号	6 6 1 4 1 0 1 1
公費負担医療の 支給者番号	
被 氏 名	男・女
認 生 年 月 日	年 月 日
定 住 所	
者 認定疾病の名称	
交 付 年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日
発行機関及び印	独立行政法人 環境再生保全機構

被認定者には受給者番号が付与されます。医療費請求の際は、こちらを使用します。

ここに記載されている認定疾病及びその続発症の医療における保険医療費の自己負担分が給付の対象となります。

公費負担者番号：**66141011 (全国共通)**
※公費負担者は独立行政法人環境再生保全機構です。法別番号は66です。

ここに記載されている交付年月日以降の診療分からレセプト請求可能です。

4. 医療費請求について

医療手帳交付後は、レセプト（公費併用の扱い）で国民健康保険団体連合会または社会保険診療報酬支払基金を通じて請求してください。

ここに
注意!

よくあるご質問

- Q** 医療手帳を使用できるのは指定医療機関のみですか。
A 医療機関の指定はありません。保険医療機関等が対象となります。

（「保険医療機関等」とは健康保険法に規定する保険医療機関、保険薬局、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設等をいいます。）

※参考法令：石綿健康被害救済法第11条

環境省関係石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第10条



※その他よくあるご質問については、P.13～14のQ & Aをご覧ください。

[医療手帳交付前]

5. 医療費の償還払いについて

認定疾病に係る療養を開始した日から医療手帳が交付されるまでに自己負担していた認定疾病に関する医療費については、被認定者が機構に下記の書類を提出することで償還払い請求することができます。記入方法についてはP.7以降をご確認ください。

被認定者が記入する書類

- 医療費請求書 (手続様式第10号)
- 高額療養費の支給額を独立行政法人環境再生保全機構が確認することに関する同意書

医療機関の方が記入する書類

- 受診等証明書 (手続様式第11号)



療養開始日と基準日の考え方について



認定疾病について、初めて保険医療機関等において健康保険法適用となる医療を受けた日のことを「療養開始日※」（健康保険法第63条第1項等に規定される療養の給付が開始された日）といい、この「療養開始日」を「基準日」といいます。ただし、療養開始日が、認定の申請のあった日の3年前の日より前であった場合は、認定の申請のあった日の3年前の日を基準日とします。

基準日以降の医療費について審査した上で機構が支払います。

(例)

- 療養開始日=基準日の場合

認定申請日：2020年5月5日 療養開始日：2020年3月3日

→ 基準日：2020年3月3日

- 療養開始日≠基準日の場合

認定申請日：2020年5月5日 療養開始日：2016年6月6日 (認定申請日の3年前の日よりも前)

→ 基準日：2017年5月5日

※療養開始日の具体例についてはP.5～6をご覧ください。

ご不明な点や記入方法については機構までご連絡ください。



認定疾病に係る療養を開始した日の具体例

受診等証明書に記載する「⑤認定疾病に係る療養を開始した日」について、具体的な事例を掲載しています。同証明書に記入いただくに際し、参考にしてください。

【例1】現在の医療機関において、外来初診から診断に至った場合

約1年前からの左胸痛と息切れを自覚。自宅にて様子を見ていたが、増悪してきたためXXXX年5月22日に当院総合診療科受診。大量胸水を認め、呼吸器内科に転科、入院精査にて胸膜中皮腫と診断。

➔ 療養を開始した日：XXXX年5月22日

【例2】現在の医療機関に通院中に、診断に至った場合

肺線維症との診断にて、2年前より当院呼吸器内科に通院（当院初診はWWWW年1月18日）。以前より胸膜プラークを指摘されていた。XXXX年11月7日、フォローアップのための胸部エックス線写真にて腫瘤影を認め、入院精査の結果、肺がんと診断。

➔ 療養を開始した日：XXXX年11月7日

【例3-1】検診から診断に至った場合

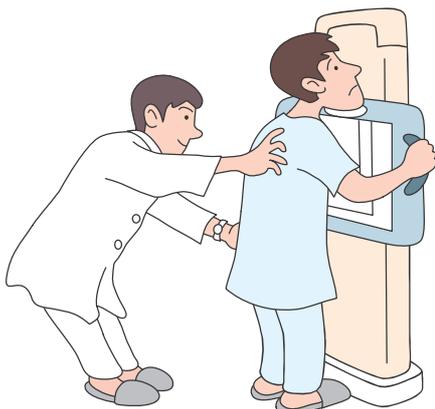
当院におけるXXXX年4月5日撮影の胸部エックス線（検診）にて胸水貯留を指摘。要精査とされたため、同年5月1日に当院呼吸器内科受診、精査の結果、胸膜中皮腫と診断。

➔ 療養を開始した日：XXXX年5月1日

【例3-2】職場検診から診断に至った場合

職場検診のため他院にてXXXX年3月10日に胸部エックス線を撮影したところ、異常陰影を指摘された。要精査とされたため同月25日に自宅に近い当院を受診、胸部CT及び胸水細胞診にて肺腺癌と診断。CTレポートに、胸膜プラークと肺線維化所見ありとの記載があり、石綿による肺がんであると考えられたため認定申請に至った。

➔ 療養を開始した日：XXXX年3月25日



[例 4-1] 現在の医療機関において、他疾病の診断中に気づき、診断に至った場合

糖尿病治療のため、WWWW年より当院内分泌代謝科に通院。XXXX年6月3日の受診時に循環器チェックのため胸部エックス線撮影をしたところ、胸部異常陰影を認め、同月18日に当院呼吸器内科に精査目的で入院。精査の結果、胸膜中皮腫と診断。

→ 療養を開始した日：XXXX年6月3日

[例 4-2] 現在の医療機関において、他疾病の治療中に気づき、診断に至った場合

XXXX年6月26日の卵巢成熟奇形腫の摘出術施行時、術中、腹膜に多発する白色結節を認めた。生検の結果、腹膜中皮腫と診断。

→ 療養を開始した日：XXXX年6月26日

[例 5] 複数の医療機関を受診して診断に至った場合

XXXX年5月上旬より出現した左胸痛を主訴に、同月25日にA医院受診。左胸水を指摘され、同年6月21日にB病院内科を紹介受診。精査目的で同月28日に当C医大に紹介受診、中皮腫と診断。

A 病院記入「受診等証明書」

⑤ 認定疾病（認定の申請に係る疾病）に係る療養を開始した日：XXXX年5月25日

B 病院記入「受診等証明書」

⑤ 認定疾病（認定の申請に係る疾病）に係る療養を開始した日：XXXX年6月21日

C 病院記入「受診等証明書」

⑤ 認定疾病（認定の申請に係る疾病）に係る療養を開始した日：XXXX年6月28日

3枚の受診等証明書のうち、最も早い日付を「医療費請求書」に被認定者ご本人が記入します。

→ 療養を開始した日：XXXX年5月25日

[例 6] 現在の医療機関では、前医受診の詳細を把握できない場合

発熱と呼吸困難にてXXXX年9月15日に当院に救急搬送。右多量胸水貯留に左肺炎を合併しており、意識レベル低下を認めたため気管内挿管施行しICU入室。疲労感を訴えており、他院を受診していた様子だったとのことだが、詳細不明。

→ 療養を開始した日：XXXX年9月15日



P.13 ~ 14のQ & Aも併せて
ご覧ください。

石綿による健康被害の救済に関する法律

病院用記載例

受診等証明書

患者様がお持ちの石綿健康被害医療手帳の「確定疾病の名称」をご確認の上、認定疾病の名称及びその続発症を記入してください。詳しくは下記【注意事項】1、2（○が書かれているところ）をご参照ください。

他院からの紹介等により、疾病名が不明の場合、紹介元の病院にご確認ください。

確認できない場合は、「〇〇病院からの紹介」等と記入してください。

医療機関関係者以外の方が記載又は追記した

帳番号	
診者(年月)	明治 大正
TEL	貴院において、認定疾病にかかる療養を開始した日を医師に確認の上、記入してください。

③受診者の氏名				
④当該証明に係る疾病名	中皮腫	⑤認定疾病(認定の申請に係る疾病)に係る療養を開始した日	(西暦)××××年 5月 22日	
⑥医療の内容	約 1 年前からの左胸痛と息切れを自覚。自宅にて様子をみていたが、増悪してきたため××××年 5月 22日に当院総合診療科受診。大量胸水認め、呼吸器内科に転科、入院精査にて胸膜中皮腫と診断。			
⑦当該証明に係る費用	総額	自己負担額		
		入院	入院外	調剤(院外)
症状・経過も併せて記入してください。	1,086,910 円	144,180 円	89,730 円	④自己負担額合計 233,910 円
⑧移送された区間及び移送に要した費用	区間	から	まで	⑥費用 円
⑨証明合計金額 (④自己負担額合計+⑥費用)	※内訳は裏面に記入			233,910 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦)××××年 5月 22日分 ~ ××××年 8月 31日分			

当該証明に係る期間は、療養を開始した日(※)から医療手帳交付日の前日まで(手帳交付後も未使用の場合はその期間も含む)です。

※療養を開始した日が当該認定申請のあった日の3年前の日より前である場合には、基準日以降の医療費が支給されることとなります。

申請のあった日が不明の場合は環境再生保全機構にお問合せください。

患者を診察した医師が、医療上、転医、転地が必要であると判断し、病院間での転院等で寝台自動車を利用した場合に記入してください。

TEL : ××-×××-××××

(注)太枠内を記入してください。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

1. 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚のものに対する医療のほか、その続発症であって、日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものに関して、当該患者が「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定の申請に係る疾病の療養を開始した日以降に行った医療に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分です。

(1) 中皮腫及び肺がんの続発症の例

①中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患との関連で発症するもの(中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ管症等)

②中皮腫又は肺がんを母地として細菌感染等の外因が加わって発症するもの(肺炎、胸膜炎等)

③中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症(薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の呼吸機能障害等)

(2) 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の続発症の例

・石綿による肺がん、中皮腫、細菌感染症、肺性心、石綿肺の治療に伴う副作用や後遺症等

2. ④「当該証明に係る疾病名」については、上記1に示した指定疾病に付随する疾病も含め、当該証明に係る医療の対象となった疾病について具体的に記入してください。

3. 自己負担分がない場合には0円と記載し、欄外にその理由を記入してください。

4. 「移送」とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転医、転地が必要であると認められた場合において、入院、転院、転地療養をするのに通常の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。通常受診のためのタクシー代などは含まれません。

裏面に続く→

	保険医療費の 総額 (10割分を記入)	保険医療費の自己負担分		
		入院 月単位の食事療養費 費は外数として() 書きで記入	入院時食事療養費及び 入院時生活療養費は 医療費とは別にして、() 内に記入してください。	入院時生活療養費 費は外数として() 書きで記入
(西暦) ××××年 5 月分	5/22~5/30 354,060 円	5/24~5/30 57,600 円 ((食) 8,280 円)	11,550 円	
××××年 6 月分	6/3~6/25 584,680 円	6/10~6/25 57,600 円 ((食) 20,700 円)	6/3 16,050 円 6/6 17,680 円	月内の診療日と被認定者の自己負担額を記入してください。
××××年 7 月分	7/12~7/24 148,170 円	()	7/12 10,440 円 7/24 34,010 円	
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
年 月分		()		
合計金額	1,086,910 円	144,180 円	89,730 円	円 円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の④自己負担額合計へ転記		表面⑧の⑥ へ転記

保険医療費の自己負担分（健康保険法等で給付される額を除いた額。健康保険法でいうところの一部負担金、標準負担額）を記入してください。
入院時食事療養費及び入院時生活療養費は標準負担額までは公費負担します。

被認定者が限度額認定証を所持している等で自己負担限度額まで負担していた場合や、その他公費の適用がある場合は、欄外にその旨を記入してください。

※入院費の合計欄には、食事療養費を合算した金額を記入してください。

本件証明書に関する照会先：〇〇病院医事課 担当者：□□ □□ TEL:(直通) ×××-×××-××××

【各種費用の内訳の記入についての注意】

1. 保険医療費の総額とは、中皮腫、肺がん、著しい呼吸機障害（発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の総額を指します。
2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費の総額から、公費負担分を差し引いた額を指します。
3. 入院時食事療養費・入院時生活療養費（標準負担額）は、外数として()書きで記入してください。

書類を作成したご担当者様の所属課、お名前及びご連絡先を記入してください。

P.13～14のQ&Aも併せて
ご覧ください。

石綿による健康被害の救済に関する法律
受診等証明書

薬局用記載例

※受診等証明書の記載は医療機関関係者が行ってください。医療機関関係者以外の方が記載又は追記した場合は無効となります。

疾病名が不明の場合、処方元の病院に確認して記入していただくか、患者さまがお持ちの石綿健康被害医療手帳の「認定疾病の名称」をご確認ください。 確認できない場合は、「〇〇病院からの処方せん」と記入してください。		明治 大正 昭和 平 令和	認定疾病にかかる薬を初めて提供した日を記入してください。
③受診者の住所		TEL	
④当該証明に係る疾病名	中皮腫	⑤認定疾病(認定の申請に係る疾病)に係る療養を開始した日	(西暦)××××年6月3日
⑥医療の内容	薬剤の支給		
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額	
	21,840 円	入院 円	入院外 円 調剤(院外) 6,560 円 ㉔自己負担額合計 6,560 円
⑧移送された区間及び移送に要した費用	区間	から	まで ㉕費用 円
⑨証明合計金額(㉔自己負担額合計+㉕費用) ※内訳は裏面に記入			6,560 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦)××××年6月3日分～(西暦)××××年8月31日分		

上記のとおり、認定の申請に係る疾病又は認定疾病について医療を行ったことを証明します。

令和 ×年 ×月 ××日
医療機関の名称 ○○薬局
住所 〒■■■■-■■■■ TEL : ××-×××-××××
開設者又は管理者の氏名 △△ △△

(注)太枠内を記入してください。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

- 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚そのものに対する医療のほか、その続発症であって、日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものに関して、当該患者が「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定の申請に係る疾病の療養を開始した日以降に行った医療に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分です。
 - 中皮腫及び肺がんの続発症の例
 - ①中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患との関連で発症するもの(中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ管症等)
 - ②中皮腫又は肺がんを母地として細菌感染等の外因が加わって発症するもの(肺炎、胸膜炎等)
 - ③中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症(薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の呼吸機能障害等)
 - 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の続発症の例
 - ・石綿による肺がん、中皮腫、細菌感染症、肺性心、石綿肺の治療に伴う副作用や後遺症等
- ④「当該証明に係る疾病名」については、上記1に示した指定疾病に付随する疾病も含め、当該証明に係る医療の対象となった疾病について具体的に記入してください。
- 自己負担分がない場合には0円と記載し、欄外にその理由を記入してください。
- 「移送」とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転医、転地が必要であると認められた場合において、入院、転院、転地療養をするのに通常の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。通常受診のためのタクシー代などは含まれません。

裏面に続く→

各種費用の内訳

	保険医療費の 総額 (10割分を記入)	保険医療費のうち自己負担分			移送に要した 自己負担額
		入院 月単位の食事療養 費は外数として() 書きで記入	入院外	調剤 (院外分)	
(西暦) ××××年6月分	10,050 円	()		6/3 3,020 円	
××××年7月分	11,790 円	()		7/12 1,760 円 7/25 1,780 円	
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
合計金額	21,840 円	円	円	6,560 円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の④自己負担額合計へ転記			表面⑧の⑥ へ転記

※入院費の合計欄には、食事療養費を合算した金額を記入してください。

本件証明書に関する照会先: ○○薬局 担当者: □□ □□ TEL: ×××-×××-××××

【各種費用の内訳の記入についての注意】

1. 保険医療費の総額とは、中皮腫、肺がん、著しい呼吸発症を含みます。) に関して行った医療に要した保険書類を作成したご担当者様の所属課、(続
2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費 お名前及びご連絡先をご記入ください。
3. 入院時食事療養費・入院時生活療養費(標準負担額)は、外数として()書きに記入してください。

受診等証明書を作成する際の注意点

病院・薬局等の皆様には、
受診等証明書の記入にご協力をお願い致します。



- 受診等証明書は、医療機関・薬局の方に記入いただく書類です。
- 黒のボールペンでご記入ください。
(鉛筆・消せるボールペン等では記入しないでください。)
- 医療手帳に記載されている認定疾病およびその続発症に係る医療のみが支給対象となります。遺伝性疾病、歯科診療、正常分娩に係る産科医療、交通事故、天災、その他ほかに原因が明らかである疾病に関する医療については、石綿健康被害救済制度による公費負担の対象になりません。認定疾病とその続発症に関しての保険診療（健康保険の療養に関する費用の額の算定の例により算定できる医療）が対象となります。認定疾病以外の疾病・疾患と医師が判断した場合、その診療分は公費対象外として処理をしてください。
- 病院と薬局など別々の機関の証明を必要とする場合は、医療機関ごとに「受診等証明書」を作成してください。
受診等証明書は、医療手帳交付時に被認定者に送付した「石綿（アスベスト）健康被害救済制度 給付の手引き」に複数枚入っています。

ここに
注意!

よくあるご質問

Q 受診等証明書の欄⑥「医療の内容」欄にはどのようなことを書けばよいですか。

A 認定疾病に関連した検査や治療の開始時からの症状、経過、医療の詳細を記入してください。

薬局

Q 認定疾病に関連した薬剤かどうか薬剤名だけではわからない場合、どうしたらよいですか。

A 処方元の病院にご確認をお願いします。
また、処方元の病院も併せてご記入ください。
(例)〇〇病院からの処方せん



※その他よくあるご質問については、P.13～14のQ&Aをご覧ください。

介護保険制度でも請求可能なものがあります!

医療系サービスすべて及び介護老人保健施設サービスにおける
所定疾患施設療養費等は請求可能です。

- (例) 看護師が訪問する訪問看護、居宅療養管理指導 …… **請求可能**
ヘルパーが訪問する訪問介護 …………… **請求不可**



請求可能な医療系サービスは以下のとおりです。

自宅で利用するサービス

- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導



自宅から通って利用するサービス

- 短期入所療養介護
- 通所リハビリテーション (デイケア)



生活の場を自宅から移して利用するサービス

- 介護保健施設サービス (緊急時施設療養費・所定疾患施設療養費のみ)
- 介護療養施設サービス
- 介護医療院



介護予防のためのサービス

- 介護予防訪問看護
- 介護予防居宅療養管理指導
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防通所リハビリテーション (デイケア)
- 介護予防短期入所療養介護

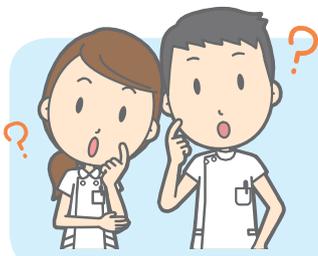


詳しくはこちら

機構ホームページ

アスベスト (石綿) 健康被害の救済 ▶ 「中皮腫とは～診断・治療から公的制度まで～」 ▶ 「補償・救済や介護に関する制度」 ▶ 「介護保険制度」

https://www.erca.go.jp/asbestos/mesothelioma/system/care_insurance.html



石綿（アスベスト）健康被害救済制度
医療費請求のQ&A



医療機関（病院・薬局）の皆様からのご質問にお答えします

受診等証明書（手続様式第 11 号）の記載の依頼があったとき【医療費の償還払い】

Q. 1 受診等証明書とは何ですか。

A. 認定疾病に係る療養を開始した日から医療手帳の交付日前までに被認定者の方が負担した保険医療費について、機構に請求するために、医療機関等に記入していただくものです。
 対象となる疾病は認定疾病（医療手帳の「認定疾病の名称」に記載しています）とその続発症についての保険診療（健康保険の療養に関する費用の額の算定の例により算定できる医療）が対象となります。

Q. 2 受診等証明書を証明するにあたって、文書代は被認定者の方に請求できますか。

A. 可能です。文書代を請求するかは医療機関各々の取扱いに準じてください。

【受診等証明書の書き方】 表面について

Q. 3 【欄④】「当該証明に係る疾病名」欄には何を書くのですか。 **④ 特に注意**

A. 認定疾病の名称もしくはその疾病に付随して発生する続発症の名称を必ず記入してください。

詳しくはこちら ▶ 「受診等証明書」の表面 下欄【注意事項】 1、2を参照してください。

Q. 4 【欄⑤】「療養を開始した日」欄は確定診断日を記入すればよいですか。 **⑤ 特に注意**

A. 当該医療機関において、認定疾病に関連した検査や治療を開始した日付を記入してください。療養開始日がお分かりにならない場合は、医師（主治医）に確認をお願いします。

Q. 5 【欄⑤】前医で療養を開始したようだが、「療養を開始した日」欄に前医で療養を開始した日を記入してよいですか。

A. 当該医療機関における療養開始日を記入してください。前医での療養開始日ではありません。

薬局 **Q. 6** 【欄⑤】「療養を開始した日」欄は処方元の病院での療養開始日を記入してよいですか。 **⑤ 特に注意**

A. 当該薬局において認定疾病に係る薬剤を最初に提供した日を記入してください。

Q. 7 【欄⑤、⑩】療養を開始した日がかなり前になりますが、いつまで遡ることができますか。

A. 認定の申請のあった日の3年前の日まで遡ることができます。療養開始日が3年以上前になるときは、記入方法について詳しく説明しますので、機構までご連絡ください。

Q. 8 【欄⑤、⑩】いつからの分を書けばよいのですか。

A. 認定疾病に関連した検査や治療を開始した日からです。関連の有無は診療を行った医師の判断によります。

Q. 9 移送について証明する場合はどうしたらよいですか。

A. 移送費とは、診察した医師が、認定疾病に係る医療上、転医、転地が必要であると認めた場合において、入院、転院、転地療養をするのに通常の交通手段による移動が不可能であり、寝台自動車等を用いたときに要した費用です。通院時タクシー代等は含まれません。
 「⑥医療の内容」欄に経緯（状況・理由等）、「⑧移送された区間及び移送に要した費用」欄に区間と金額を記入してください。また、移送を行った業者が発行した領収書（原本）を添付する必要があります。

【受診等証明書の書き方】裏面（各種費用の内訳欄）について

病院	Q. 10 「調剤（院外分）」欄には処方した薬剤の費用を記入してよいですか。
A.	院外で調剤し、提供する薬剤については、薬局で受診等証明書を記入しますので、処方元の病院では記入しないでください。
Q. 11	他の公費を支給されている方の場合どのように記入したらよいですか。
A.	認定疾病に関連した医療における、「保険医療費の総額」欄及び「保険医療費のうち自己負担分」の内訳を記入し、欄外等に自己負担額が通常と異なる事情・理由等を記入してください。
Q. 12	自己負担がない場合は受診等証明書を記入する必要がありますか。
A.	一部期間において自己負担が0円の場合は、「保険医療費の総額」欄を記入し、欄外等に自己負担がない事情・理由を記入してください。（例：労働者災害補償保険等に申請中の場合） なお、当該医療機関等において自己負担が一切ない場合には、記入の有無等をご案内しますので、機構までご連絡ください。
Q. 13	「合計金額」欄は食事療養費を含めて記入してよいですか。
A.	内訳の各月欄は外数として（ ）に記入し、「合計金額」欄は含めて記入してください。
Q. 14	高額療養費制度の限度額適用認定証を使用した場合はどのように記入したらよいですか。
A.	内訳には自己負担額（限度額）を記入し、欄外に認定証を使用した旨を記入してください。（例：高額療養費認定証使用）

その他

Q. 15	請求できないものはありますか。 ④ 特に注意
A.	保険適用外の費用（文書代、差額ベッド代、特別食代等）は石綿健康被害救済制度による公費負担医療の対象になりません。
Q. 16	認定疾病に関連がある検査・治療かがわからないのですが。
A.	関連の有無は診療を行った医師の判断によりますので、当該医師への確認をお願いします。また、医師が認定疾病に関連があると判断した場合、診療科は問いません。
Q. 17	DPC [*] 算定のため、他疾病分を切り離せないが、請求はどのようにしたらよいですか。
A.	他疾病の出来高評価部分のみ切り離していただき、包括評価部分は公費請求していただいて構いません。

お願い

記載内容の確認にあたり、電話で照会をさせていただくことがあります。お手数ですが、ご対応をお願いします。裏面の「本件証明書に関する照会先」に内訳の記入を行った文書担当の方等、問合せにご対応いただける方の**所属部署**、**お名前**、**電話番号**をご記入ください。

ご不明な点がございましたら、こちらまでご連絡ください。
独立行政法人環境再生保全機構 給付課（直通）
044-520-9617

〔ホームページのご案内〕

環境再生保全機構「アスベスト（石綿）健康被害の救済」ページをご活用ください。

石綿 救済

検索



アスベスト（石綿）健康被害の救済について各ページでご案内しています

受診等証明書（手続様式第11号）、手引き、パンフレット等のダウンロードはこちら

〔ダウンロードできる様式・手引き・パンフレット〕 ※給付に関するもの

- 受診等証明書（手続様式第11号）・記載例
- 手引き③ 給付の手引き 【認定を受けられた療養中の皆様へ】
医療費・療養手当の請求手続のご案内
- 手引き④ 給付の手引き 【認定後または認定申請中にお亡くなりになった方のご遺族等へ】
給付請求や各種届出のご案内
- 【医療機関等の皆様へ】 石綿健康被害救済制度の医療費について
- 【パンフレット】 石綿（アスベスト）健康被害救済給付のしくみ