

## 石綿（アスベスト）健康被害救済制度 給付の手引き

認定を受けられた

- ・ 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺
- ・ 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

でご療養中の皆様へ

医療費・療養手当の請求手続のご案内

巻末に請求に必要な提出用書類（ミシン目で切り取り可能）があります

ので、ぜひご活用ください。

## お問い合わせ先



独立行政法人  
環境再生保全機構



（被認定者専用フリーダイヤル）

**0120-373-922**

フリーダイヤル（通話料無料）

受付時間 10:00～17:00（土・日・祝・12/29～1/3を除く）

## 目 次

1. はじめにお読みください	1
(1) 給付の種類	1
(2) ご提出いただく書類	1
2. 医療費の請求	2
(1) 医療費とは	2
(2) 療養開始日・基準日	3
(3) 医療費の請求	10
(4) 請求にあたって必要な書類	11
(5) 医療費の支給	11
(6) 請求できる期間	11
(7) 請求から支給までの流れ	12
3. 療養手当の請求	13
(1) 療養手当とは	13
(2) 療養手当の請求	13
(3) 療養手当の支給	13
4. その他の届出	16
(1) 他の法令による給付等の受給届	16
(2) 損害てん補届	17
◎別添	18
ご本人（または代理の方）にご記入いただく書類	
○医療費請求書の記載例	
○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の記載例	
○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	
医療機関にお持ちいただく書類	
○療養開始日判断シートの記載例	
○療養開始日判断シート	
○受診等証明書の記載例 病院用	
○受診等証明書の記載例 薬局用	
○受診等証明書（手続様式第 11 号）	

## 1. はじめにお読みください

### (1) 給付の種類

石綿を吸入することにより指定疾病(中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚)にかかった旨の認定を機構から受けられた方は、次の2種類の救済給付を受けることができます。

1. 医療費
2. 療養手当

### (2) ご提出いただく書類

救済給付を受けるためには、以下の全ての書類をご提出ください。

救済給付には支給の要件があります。詳細については目次を参照の上、該当のページをご覧ください。

#### ●ご本人(または代理の方※1)にご記入いただく書類

- 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

#### ●医療機関にご記入いただく書類

##### 【病院にご記入いただく書類】

- 受診等証明書 病院用(手続様式第11号)
- 療養開始日判断シート※2

##### 【薬局にご記入いただく書類】

- 受診等証明書 薬局用(手続様式第11号)

※1…代理の方がご記入される場合も、請求者名および口座名義は被認定者名となります。

※2…療養開始日(3~6ページ参照。)が、機構からお送りしている「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における療養開始日の考え方」に記載した日付と異なる場合に記載していただく書類です。

## 2. 医療費の請求

### (1) 医療費とは

指定疾病にかかった旨の認定を受けた方（被認定者）に対し、機構から認定疾病に係る医療費を支給します。支払われる医療費は、保険医療機関等（※）において受けた次に掲げる医療についてのものです。

- 診察
- 薬剤又は治療材料の支給
- 医学的処置、手術及びその他の治療
- 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 移送（詳細は11ページの※3をご覧ください）

※「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などをいいます。

医療費は次のどちらかで支給されます。

#### ①現物支給

認定疾病（これに付随する疾病（※）を含みます。）に係る医療を受ける時は、認定時に交付された石綿健康被害医療手帳（以下「医療手帳」といいます。）を保険証と一緒に保険医療機関等の窓口で提示することにより、窓口で自己負担分を支払わずに認定疾病（これに付随する疾病を含みます。）に係る医療を受けることができます。被認定者の自己負担分の医療費は機構から保険医療機関等に支払われます。

※「付随する疾病」とは、認定疾病に付随する疾病（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ものをいいます。

#### ②償還払い

医療手帳が提示できない以下のア～ウのケースについては、いったん医療費をご自身で支払っていただき、後日機構に対して自己負担分をご請求いただいて支給することになります。ただし、イとウのケースに該当する場合は機構にご連絡ください。

- ア. 医療手帳の交付を受ける前に認定疾病についての医療を受けた場合。
- イ. 被認定者が緊急その他やむを得ない理由により保険医療機関等以外の医療機関等で医療を受けた場合。
- ウ. 被認定者が医療手帳を保険医療機関等に提示しなかったことが緊急その他やむを得ない理由によるものと認められる場合。

## (2) 療養開始日・基準日

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）とといいます。

ただし、「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」または「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」で認定された場合、療養開始日とは、当該疾病による著しい呼吸機能障害が初めて認められた日のことをいいます。

また、この「療養開始日」を原則として「基準日」といいますが、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。

<参考>健康保険法 第 63 条第 1 項

(療養の給付)

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

①当該疾病による著しい呼吸機能障害が初めて認められた日（療養開始日）

医療手帳交付時に同封している、「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における療養開始日の考え方」に記載の日付が、機構で判断した「療養開始日」です。  
この日付よりも前から、当該疾病による著しい呼吸機能障害が認められていたという場合、医療機関に「療養開始日判断シート」の作成を依頼してください。

（参考）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における療養開始日の考え方

例

※ 〇〇病院に  
「受診等証明書」及び「療養開始日判断シート」と併せてお渡しください。

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における  
療養開始日の考え方

認定疾病が「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」の場合、受診等証明書（手続様式第 11 号）の「⑥療養を開始した日」は、著しい呼吸機能障害を認めた日を記入してください。  
また、以下の（1）及び（2）を参考にいただき、療養開始日を判断してください。

※ 給付の対象となるのは、著しい呼吸機能障害を認めた日以降の認定疾病に関する医療費となりますので、ご注意ください。

(1) 医学的判定に用いた検査結果から療養開始日を判断する場合  
〇〇 〇〇 様につきましては、医学的判定において提出のあった資料からは、当該疾病（①著しい呼吸機能障害を伴う ②石綿肺もしくはびまん性胸膜肥厚）のうち、①及び②を満たしたのは、令和 2 年 4 月 1 日と推察されます。  
相違なければ、この日を療養開始日として受診等証明書に記入してください。その際は「療養開始日判断シート」の提出は必要ございません。

【参考：医学的判定に用いた検査結果】

検査日	呼吸機能検査			動脈血ガス分析	
	%VC	1 秒率	1 秒量	PaO <sub>2</sub>	AaDO <sub>2</sub>
<u>令和 2 年 4 月 1 日</u>	58.2 %	95.56 %	1720 ml	Torr	Torr

(2) 総合的に療養開始日を判断する場合  
外的場合で特段の事情を踏まえ、当該疾病に関する著しい呼吸機能障害が生ずることを判断できる場合、その時点を療養開始日と定めることができます。その際は「療養開始日判断シート」に必要事項を記入し、受診等証明書と併せてご提出ください。

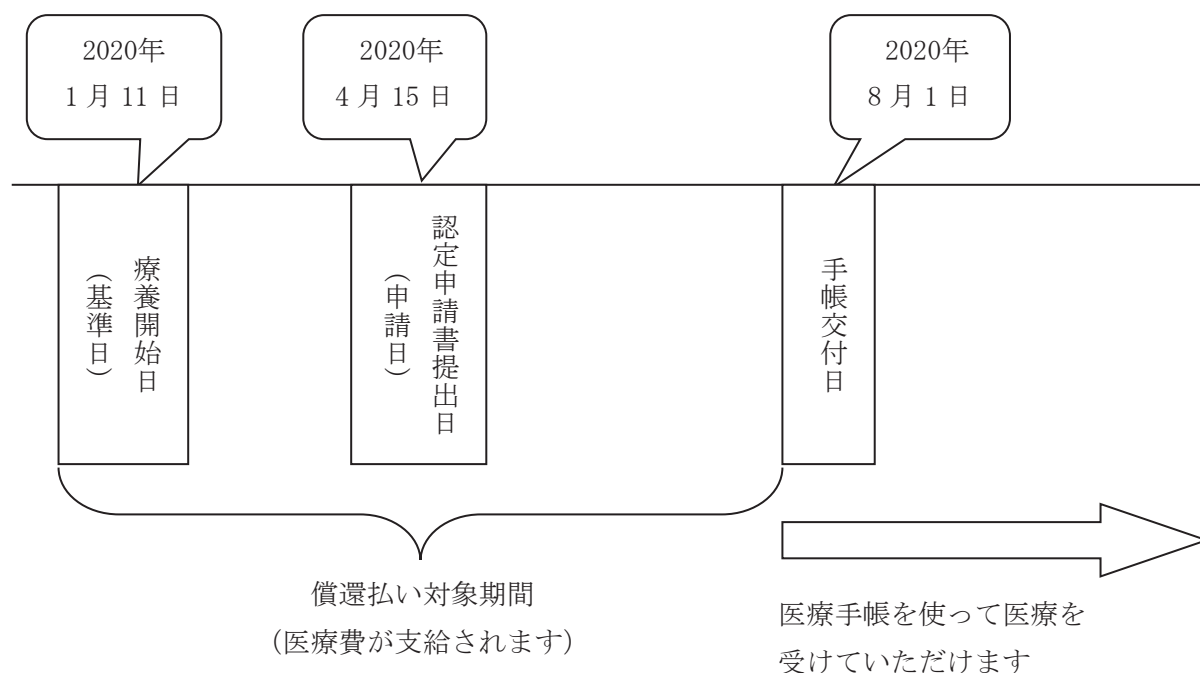
こちらの日付が、機構で判断した  
この日付よりも前から、当該疾病による著しい呼吸機能障害が認められていたという場合、医療機関に「療養開始日判断シート」の作成を依頼してください。

再生保全機構  
部 給付課  
17

## ②基準日

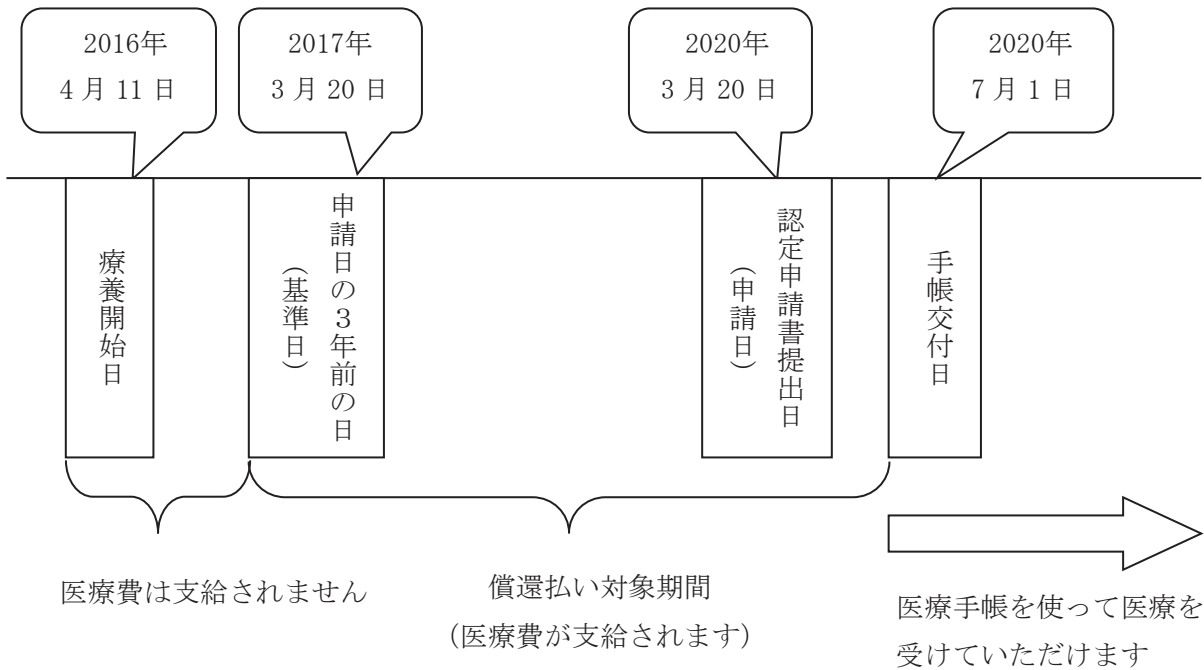
「①当該疾病による著しい呼吸機能障害が初めて認められた日（療養開始日）」にて判断した療養開始日を「基準日」とするかどうかについては、以下のように判断します。

### ア．療養開始日＝基準日の場合（療養開始日が認定の申請があった日から3年以内の例）



基準日となる療養開始日（2020年1月11日）から手帳交付日の前日（2020年7月31日）までが医療費の支給される償還払いの対象期間です。手帳交付日（2020年8月1日）以降は保険証と一緒に医療手帳を保険医療機関等の窓口に提示することにより、窓口で自己負担分を支払わずに認定疾病に係る保険医療を受けることができます。

イ. 療養開始日≠基準日の場合（療養開始日が認定の申請のあった日の3年前の日よりも前の例）



基準日となる認定の申請日の3年前の日（2017年3月20日）から手帳交付日の前日（2020年6月30日）までが、医療費の支給される償還払いの対象期間です。基準日前の医療費は支給されません。手帳交付日（2020年7月1日）以降は保険証と一緒に医療手帳を保険医療機関等の窓口で提示することにより、窓口で自己負担分を支払わずに認定疾病に係る医療を受けることができます。



当機構では、中央環境審議会石綿健康被害判定小委員会策定の下記のような基準に基づいて審議・判定しています。

(参考)「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」、「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」の医学的判定の考え方について

A.著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺

石綿肺については、大量の石綿へのばく露、胸部 CT 写真を含む画像所見、呼吸機能検査所見といった情報をもとに総合的に判定するものであること。また、石綿以外の原因によるびまん性間質性肺炎や肺線維症等との鑑別を適切に行うためには、症状の経過、既往歴、喫煙歴といった情報も必要であること。

具体的な石綿肺の判定の考え方については次の①から③までによるものであること。

① (略)

②画像所見の確認について

(ア) 石綿肺の判定に当たっては、胸部エックス線写真により、じん肺法に定める第 1 型以上と同様の肺線維化所見が認められることが必要であること(ただし、大陰影のみが認められる場合を除く。)。この際、胸部の所見を的確に把握するためには、胸部 CT 写真、特に HRCT (High Resolution Computed Tomography:高分解能 CT) 写真が有用であること。

(イ) 一時点のみの画像所見で所見の確認をすることが出来ない場合は、病状を勘案し 1 年又は 2 年など一定の期間を置いて再度撮影し、所見の変化を確認することが望ましい。また、過去に撮影した写真により、遡って所見の変化を確認できるのであればこれを活用すること。

③著しい呼吸機能障害の有無の判定について

呼吸機能検査の結果、以下の (a) から (c) までのいずれかの場合に、著しい呼吸機能障害と判定すること。

- (a) パーセント肺活量 (%VC) が 60%未満であること。
- (b) パーセント肺活量 (%VC) が 60%以上 80%未満であって、1 秒率が 70%未満であり、かつ、%1 秒量が 50%未満であること。
- (c) パーセント肺活量 (%VC) が 60%以上 80%未満であって、動脈血酸素分圧 (PaO<sub>2</sub>) が 60Torr 以下であること、又は、肺泡気動脈血酸素分圧較差 (AaDO<sub>2</sub>) の著しい開大が見られること。

なお、これらの基準に係る正常予測値については、以下の予測式を用いること。

日本呼吸器学会 (2001 年) による肺活量予測式

男性	$0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢 (歳)} - 2.258$
女性	$0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$

日本呼吸器学会（2001年）による1秒量予測式

男性	$0.036 \times \text{身長 (cm)} - 0.028 \times \text{年齢 (歳)} - 1.178$
女性	$0.022 \times \text{身長 (cm)} - 0.022 \times \text{年齢 (歳)} - 0.005$

また、肺泡気動脈血酸素分「圧較差 (AaDO<sub>2</sub>)」の著しい開大がみられることとは、じん肺審査ハンドブック（労働省安全衛生部労働衛生課編（改訂第4版））P.74」の表6に年齢ごとに記載されている「著しい肺機能障害があると判定する限界値-AaDO<sub>2</sub>（男性、女性）」を超える場合をいうものであること。

なお、これらに係る判定基準を僅かに満たさない場合であっても、その他の呼吸機能検査の結果（運動負荷時の呼吸困難を評価する指標、自覚的呼吸困難を評価する指標等）が提出された場合には、救済の観点から、これらの結果を加えて総合的に判定を行うことが望ましいこと。

## B. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

びまん性胸膜肥厚については、大量の石綿へのばく露、胸部CT写真を含む画像所見、呼吸機能検査所見といった情報をもとに総合的に判定するものであること。また、石綿へのばく露とは無関係なびまん性胸膜肥厚もあることから、鑑別を適切に行うためには、病状の経過、既往歴、喫煙歴といった情報も必要となること。

具体的なびまん性胸膜肥厚の判定の考え方については次の①から③までによるものであること。

①（略）

②画像所見の確認について

びまん性胸膜肥厚の判定に当たっては、胸部エックス線写真により頭尾方向（水平方向の広がりでない。）に、片側にのみ肥厚がある場合は側胸壁の1/2以上、両側に肥厚がある場合は側胸壁の1/4以上の胸膜の肥厚を確認できる必要があること。また、胸膜プラーク等との鑑別のため、胸部CT画像所見も併せて評価する必要があること。

なお、複数時点において撮影した写真を用いるなど、経時的に所見の変化を確認することが望ましいこと。

③著しい呼吸機能障害の有無の判定について

びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害は拘束性障害であることから、7ページA.③の石綿肺の場合の考え方と同様に扱うこととする。

著しい肺機能障害があると判定する限界値 (AaDO<sub>2</sub>)  
(男性、女性)

年齢 (歳)	限界値 (Torr)	年齢 (歳)	限界値 (Torr)
21	28.21	51	34.51
22	28.42	52	34.72
23	28.63	53	34.93
24	28.84	54	35.14
25	29.05	55	35.35
26	29.26	56	35.56
27	29.47	57	35.77
28	29.68	58	35.98
29	29.89	59	36.19
30	30.10	60	36.40
31	30.31	61	36.61
32	30.52	62	36.82
33	30.73	63	37.03
34	30.94	64	37.24
35	31.15	65	37.45
36	31.36	66	37.66
37	31.57	67	37.87
38	31.78	68	38.08
39	31.99	69	38.29
40	32.20	70	38.50
41	32.41	71	38.71
42	32.62	72	38.92
43	32.83	73	39.13
44	33.04	74	39.34
45	33.25	75	39.55
46	33.46	76	39.76
47	33.67	77	39.97
48	33.88	78	40.18
49	34.09	79	40.39
50	34.30	80	40.60

労働省安全衛生部労働衛生課編 『じん肺診査ハンドブック』(改訂第4版)  
P.74 より引用。

### (3) 医療費の請求

被認定者は償還払いの医療費について、機構に請求することができます。

医療費を請求しようとする方は、

- 「医療費請求書」(手続様式第10号)
- 「受診等証明書」(手続様式第11号)(注)病院、薬局等が証明したもの
- 「療養開始日判断シート」(療養開始日に変更がある場合。)
- 「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」

などの必要な書類を添えて機構に提出してください。記載方法は別添の「医療費請求書の記載例」を参照し、書類は正確に記載し、添付書類の漏れがないようにお願いします。

特に、「⑥認定疾病に係る療養を開始した日」欄には、受診等証明書(手続様式第11号)が複数枚ある場合はその最も古い療養開始日をご記入ください。

療養開始日は受診等証明書(手続様式第11号)、療養開始日判断シート及び認定申請の際に提出された診断書等により機構で確認します。

#### 《注意点》

- ・ 請求できる医療費は、保険診療分の医療費で保険医療機関等に支払った自己負担分に限られます。自己負担したものであっても室料差額(差額ベット代)、診断書料、自費検査料、通院時タクシー代等の保険給付対象外の費用は請求することができません。
- ・ 遺伝性疾病、歯科診療、正常分娩に係る産科診療、第三者行為による障害等の、認定疾病以外の医療にかかった費用は支給の対象にはなりません。
- ・ 同一月内の同一医療機関ごとの自己負担分(医科入院・外来別に計算し、さらに診療科ごとに計算した自己負担分)が自己負担限度額(例えば、69歳以下で区分「ウ」の場合は月額:80,100円+(医療費総額-267,000円)×1%)を超えているときは、この自己負担限度額を超えている部分については、加入している健康保険から高額療養費として支給されます。機構からの給付は自己負担限度額までになりますのでご注意ください。高額療養費の支給については、保険者(健康保険組合等)への手続きが必要となる場合があります。各保険者にお問い合わせください。

医療費の給付対象となる金額

=自己が支払った金額-救済給付対象外の費用\* -高額療養費として支給される金額

※「救済給付対象外の費用」とは、健康保険適用外の費用、認定疾病に起因しない症状への医療費などをいいます。

#### (4) 請求にあたって必要な書類

医療費の請求に必要な書類は以下の通りです。

項目	添付書類
・ 医療費請求書 (手続様式第10号)	・ 受診等証明書※1 (手続様式第11号) ・ 療養開始日判断シート (療養開始日に変更がある場合。) ・ 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※2 (指定様式) ・ 移送費※3がある場合は、移送費の領収書

この他に必要に応じて書類の追加提出をお願いする場合があります。

※1 受診等証明書は機構の指定様式です (手続様式第11号)。こちらは医療機関等に作成を依頼してください。なお、複数の医療機関で認定疾病に係る療養をされたり、複数の薬局で薬剤を購入された場合は、その機関ごとの受診等証明書の提出が必要となります。医療機関により文書作成料がかかる場合がありますが、この費用は医療費請求の対象外です。

注) 受診等証明書が足りない場合は両面をコピーしたものをご利用いただいても構いません。

※2 高額療養費の有無及び支給額を機構から保険者に照会させていただいた上で給付額を決定します。高額療養費の有無にかかわらずご記入・ご提出ください。

※3 移送費とは、患者を診察した医師がその医療上転院、転地が必要であると認めた場合において、入院、転院、転地療養をするための移送について、普通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場合に寝台自動車等を用いたときに要した費用のことです。タクシー代等は含まれません。また、保険者 (健康保険組合等) から移送費が支給される場合もあるため、まずは保険者にお問い合わせください。

#### (5) 医療費の支給

提出された「医療費請求書」及び「受診等証明書」の内容を審査した上で支給決定額を請求者の指定した預貯金口座に振り込みます (事前に支給決定通知書を機構からお送りします。)

なお、医療費の額は、高額療養費の有無及び支給額を確認した後に決定されます。

#### (6) 請求できる期間

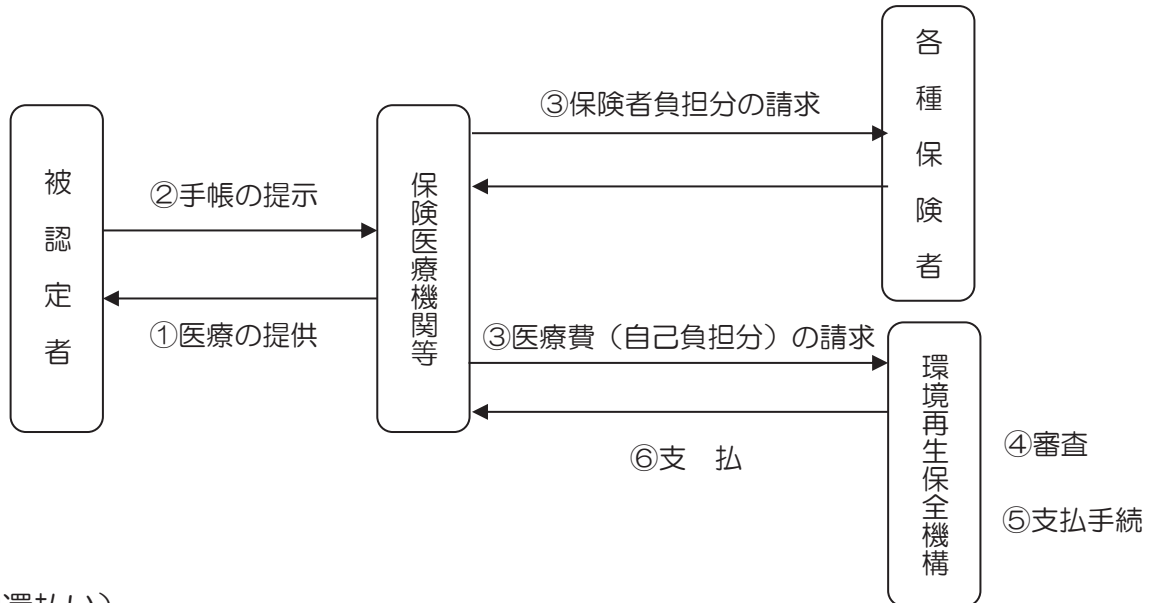
基準日から手帳交付日の前日までの間の医療費を機構に対して請求できる期間は、申請日以降に対象となる医療費の支払いを行った日の翌日から2年以内です。

なお、手帳交付後に手帳を提示し忘れた等の理由で、医療費を機構に対して請求できる期間は、対象となる医療費の支払いを行った日の翌日から2年以内です。

(7) 請求から支給までの流れ

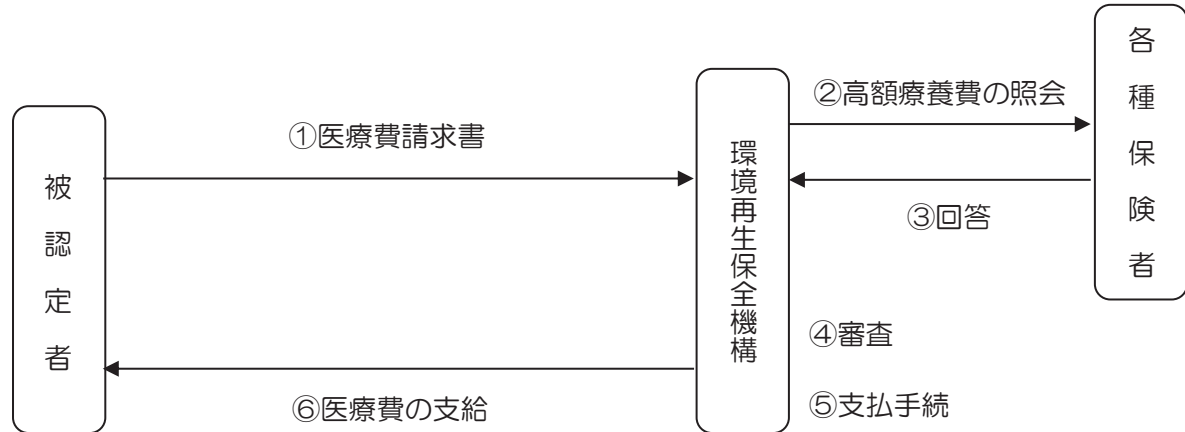
(現物支給)

病院等で医療手帳を提示すれば、被認定者が窓口で医療費を負担することなく、機構が医療費を病院等にお支払いします。



(償還払い)

医療手帳が交付される前に病院等でお支払した医療費は、医療費請求書を機構に提出することで、直接機構からお支払いします。



### 3. 療養手当の請求

#### (1) 療養手当とは

医療費以外の入通院に伴う諸経費、日常生活における近親者等による介護に要する費用などを勘案したもので、**月を単位として定額（103,870円）支給されるものです。**

#### (2) 療養手当の請求

療養手当の請求は、認定の申請がされた後は、当該認定前であってもすることができます。認定の決定がされた場合には基準日（3～6ページ参照）の属する月の翌月分から遡って支給されます。

なお、認定申請の際に療養手当請求書を提出済みであれば、改めて提出する必要はありません。

#### (3) 療養手当の支給

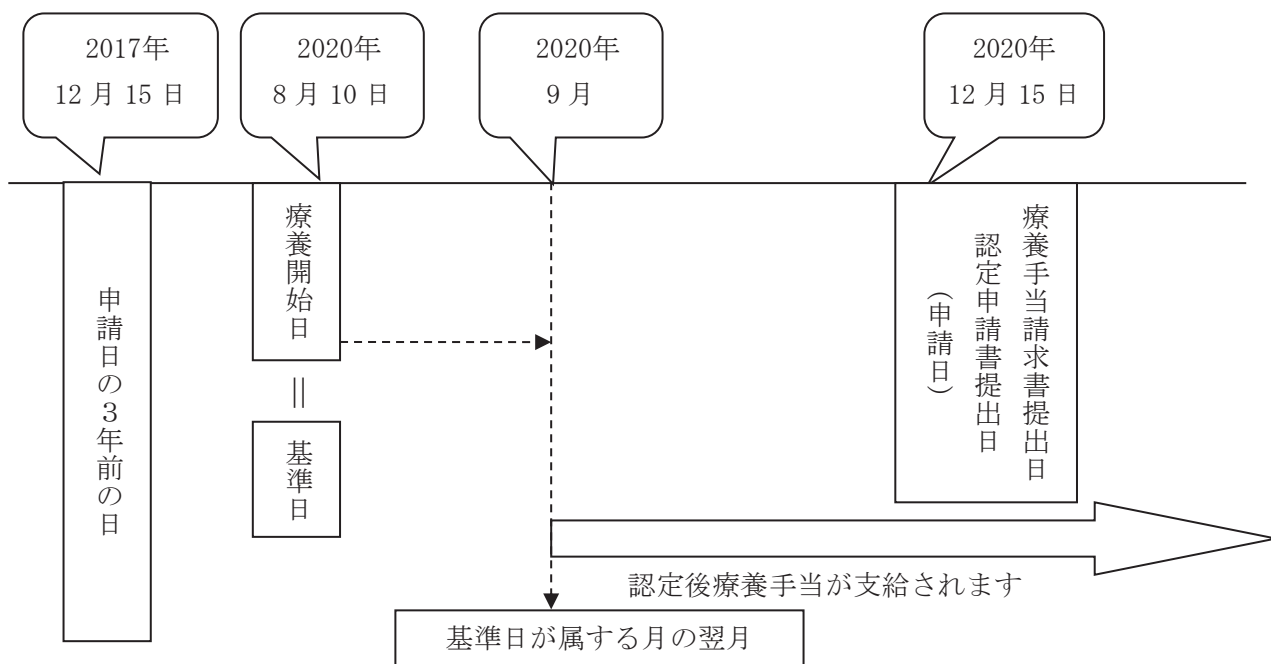
療養手当の支給は、基準日の属する月の翌月から支給すべき事由が消滅した日の属する月までが支給対象期間です。

最初の療養手当の支給額が決定しましたら、支給決定通知書をお送りしますので金額や振込日等をご確認ください。**2回目以降は通常、偶数月（2月、4月、6月、8月、10月及び12月の6期）に、それぞれの前月及び前々月分の2ヶ月分を請求者指定の預貯金口座に振り込みます。2回目以降の支給決定通知書はお送りしません。**

なお、認定後、初めて支給する療養手当の基準日については、医療手帳交付時に同封している、「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における療養開始日の考え方」に記載の療養開始日が基準日となります。当該日が認定申請のあった日の3年前の日より前の場合、申請日の3年前の日が基準日となります。

ア. 療養開始日＝基準日の場合

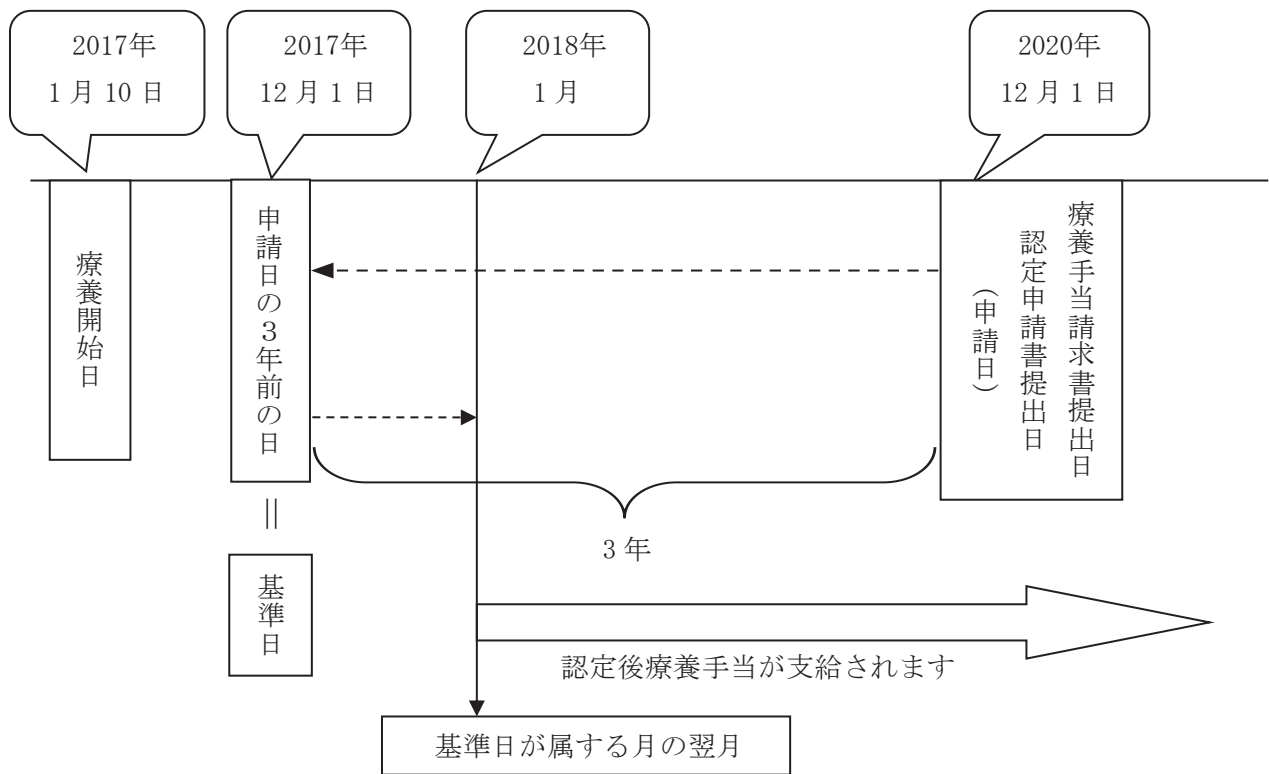
(療養開始日が認定の申請のあった日から3年以内の例)





イ. 診療開始日≠基準日の場合

(療養開始日が認定の申請のあった日の3年前の日よりも前の例)



## 4. その他の届出

### (1) 他の法令による給付等の受給届

#### ① 他の法令による給付等の受給届とは

この救済制度により救済給付を受けた方又は受けようとする方で、石綿による健康被害について、労働者災害補償保険法その他の法令（詳しくは機構にご確認ください）による給付が行われた場合は、本制度による給付について調整が行われます。この届出は、支給を受けた給付等の名称、給付の種類、金額等の内容を機構に連絡していただくための届出です。

なお、他の法令による給付を受給された場合は、既に機構から支給された救済給付を後日返還していただく場合があります。

#### ② 届出手続き

他の法令による給付を受給された場合、詳細をご案内させていただくとともに、届出様式をお送りさせていただきますので機構までご連絡ください。

#### ③ 届出にあたって必要な書類

項 目	添 付 書 類
<ul style="list-style-type: none"><li>他の法令による給付等の受給届 （手続様式第 19 号）</li><li>石綿健康被害医療手帳返還届 （手続様式第 9 号）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>支給決定通知書のコピー （金額のわかる部分を含む）</li><li>医療手帳</li></ul>

この他、必要に応じて書類の追加提出をお願いする場合があります。

## (2) 損害てん補届

### ① 損害てん補届とは

この救済制度により、救済給付を受けた方又は受けようとする方で、石綿による健康被害について損害賠償その他の損害のてん補を受けた場合は、本制度による給付について調整が行われます。この届出は、その受けた損害賠償その他の損害のてん補の金額及び内容を機構に連絡していただくための届出です。

なお、損害のてん補を受けた場合、既に機構から給付された救済給付を後日返還していただく場合があります。

### ② 届出手続き

損害賠償その他の損害のてん補を受けた場合、詳細をご案内させていただくとともに、届出様式をお送りさせていただきますので機構までご連絡ください。

### ③ 届出にあたって必要な添付書類

項 目	添 付 書 類
・ 損害てん補届 ( 手続様式第 18 号 )	・ 損害のてん補の内容が確認できる書類 ( 詳細については機構からご案内します。 )

次のページからの書類は医療費の  
請求及び届出にあたってご使用ください

ミシン目で切り離せます。

## 医療費請求 必要書類一覧

### ●ご本人（または代理の方）にご記入いただく書類

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

### ●医療機関にお持ちいただく書類

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における療養開始日の考え方  
※医療手帳交付時に同封したものをそのまま医療機関にお持ちください。

療養開始日判断シート記載例（療養開始日に変更がある場合）

療養開始日判断シート（療養開始日に変更がある場合）

受診等証明書 病院用記載例

受診等証明書 薬局用記載例

受診等証明書 病院用（手続様式第 11 号）

受診等証明書 薬局用（手続様式第 11 号）



### ●環境再生保全機構にご提出いただく書類

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

療養開始日判断シート（療養開始日に変更がある場合）

呼吸機能検査結果（療養開始日に変更がある場合）

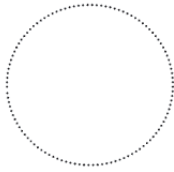
受診等証明書 病院用・薬局用（手続様式第 11 号）

ご本人（または代理の方※）に  
ご記入いただく書類

※…代理の方がご記入される場合も、請求者名および口座名義は被認定者名となります。



※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。)



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第10号(施行規則第12条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

医療費請求書

申請・請求書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ タロウ		②被認定者氏名	環境 太郎	③被認定者の生年月日
フリガナ	カナガワケンカワサキシ		④被認定者の住所	〒×××-△△△ 神奈川県	⑤認定疾病名
⑥認定疾病に係る療養を開始した日			(西暦) ×××× 年 5 月 20 日		
⑦被認定者若しくは被認定者を扶養している者の加入している社会保険の種類	種類	被保険者本人等別	保険者の名称		
	後期高齢者医療	本人・被扶養者	神奈川県後期高齢者医療広域連合		
⑧保険医療機関等以外の医療を受けた理由					
⑨保険医療機関で医療を受けたが、不十分であった理由			⑩石綿健康被害医療手帳交付前であったため 2. その他 ( )		
⑪受診等証明書(手続様式第11号)中⑦Aの合計金額			83,990 円		
⑫移送された区間及び移送に要した費用 (受診等証明書中⑧の区間及び金額)		区間	費用		円
		から	まで		
⑬高額療養費の支給額			0 円		
⑭合計 (⑩+⑪-⑫)			83,990 円		

受診等証明書が複数枚あり、各々の療養開始日が異なる場合は、一番古い日付を記入してください。  
(この日付は、初めて当該疾病にかかる「著しい呼吸機能障害」が認められた日と一致します。)

タクシー代や電車代などの交通費ではありません。  
詳しくはP.11の※3をご覧ください。

高額療養費の支給を受けていない場合、または、金額が不明な場合は空欄で結構です。

救済に関する法律第4条第1項の規定により、受診等証明書に記載の疾病に係る医療について医療費の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 × 年 × 月 × 日 請求者氏名 環境 太郎

独立行政法人環境再生保全機構 理 被認定者の氏名を記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又はゆうちょ銀行のいずれかに記入してください。)

銀行等		ゆうちょ銀行			
振込先金融機関名	銀行・信金・農協・漁協・その他	通帳記号	1		0 の
口座番号	普通当座 口座番号 ○○○○○○	通帳番号			
フリガナ	カンキョウ タロウ	被認定者の氏名を記入してください。 被認定者以外の口座に振り込むことはできません。 必ず通帳を見て、誤りがなければ確認してください。			
口座名義	環境 太郎	(注)太枠内を記入してください。			

(注)預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能となります。  
(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

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の記載例

※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。)

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

手帳番号	××××××		
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の氏名	環境 太郎		（男）・女
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	15年	5月
被保険者本人（組合員本人）被扶養者の別	本人		
フリガナ 被保険者氏名	カンキョウ タロウ 環境 太郎		
被保険者の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	15年	5月 15日
被保険者住所	〒×××-△△△△ 神奈川県川崎市〇〇区△△×-×-×-〇〇 TEL 044-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
健康保険の種類	後期高齢者医療		
健康保険の種類 後期高齢者医療の場合は不要です。	記号	番号	××××
保険者の名称（健康保険証を交付する団体）	神奈川県後期高齢者医療広域連合		
保険者所在地	〒221-〇〇〇〇 神奈川県横浜市××区××町×-× TEL 045-〇〇〇-〇〇〇〇		

※ 健康保険の種類、保険証の記号、番号等は健康保険証を参照し記入してください。

※ 健康保険の種類には、全国健康保険協会管掌健康保険、船員保険、日雇い特例費保険者の保険、組合管掌健康保険、国家公務員共済、地方公務員共済、公立学校共済、国民健康保険、後期高齢者医療などの種類を記入してください。

※ 保険者の名称には、社会保険事務局の場合は社会保険事務所まで、共済組合の場合は支部まで、国民健康保険の場合は市町村名まで、後期高齢者医療の場合は〇〇県後期高齢者医療広域連合と照会先がわかるように記入してください。

令和 ××年 8月 1日

請求者署名 環境 太郎

独立行政法人環境再生保全機構  
石綿健康被害救済部長 殿

保険証等を見ながら記入してください。  
例は、請求者の医療保険が後期高齢者医療の場合です。国民健康保険の場合は、保険者は都道府県及び市町村や国保組合となります。

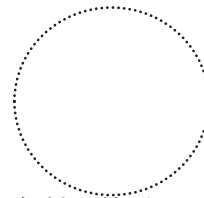
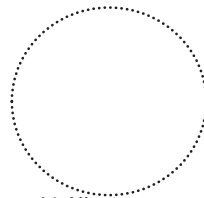
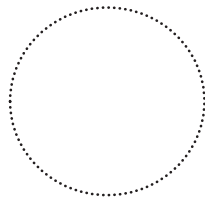
国民健康保険、後期高齢者医療などの種類を記入してください。

保険証記号・番号と保険者所在地は保険証を返還して不明の場合はご記入いただかなくて結構です。

こちらの3点に留意してご記入ください。

被認定者の氏名を記入してください。





機構受付印

保健所等受付印

手続様式第10号(施行規則第12条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 医療費請求書

申請・請求書番号			①手帳番号		
フリガナ		男・女	③被認定者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
②被認定者氏名					
フリガナ					
④被認定者の住所	〒		TEL		
⑤認定疾病名	1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺		2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚		
⑥認定疾病に係る療養を開始した日			(西暦)	年	月 日
⑦被認定者若しくは被認定者を扶養している者の加入している社会保険の種類	種類	被保険者本人等別	保険者の名称		
		本人・被扶養者			
⑧保険医療機関等以外の医療を受けた理由					
⑨保険医療機関で医療を受けたが、石綿健康被害医療手帳を提示しなかった理由			1. 石綿健康被害医療手帳交付前であったため 2. その他( )		
⑩当該請求に係る保険医療費のうち自己負担額合計(受診等証明書(手続様式第11号)中⑦Aの合計金額)			円		
⑪移送された区間及び移送に要した費用(受診等証明書中⑧の区間及び金額)	区間		費用		
	から	まで			円
⑫高額療養費の支給額			円		
⑬合計金額(⑩+⑪-⑫)			円		

上記のとおり、石綿による健康被害の救済に関する法律第4条第1項の規定により、受診等証明書に記載の疾病に係る医療について医療費の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 年 月 日 請求者氏名
----------------

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

振込みを希望する金融機関(銀行等又はゆうちょ銀行のいずれかに記入してください。)

銀行等		ゆうちょ銀行						
振込先金融機関名	銀行・信金・農協・漁協・その他	支店	通帳記号	1			0	の
口座番号	普通当座 口座番号		通帳番号					
フリガナ			フリガナ					
口座名義			口座名義					

(注)太枠内を記入してください。

(注)預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能となります。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

**【注意事項】**

認定の申請をした後、認定前に医療費の請求を行う場合には、①は空欄とし、②～④は請求者（又は認定の申請をした者）、⑤及び⑥については認定申請に係る疾病について記入してください。

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

手帳番号	
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の氏名	( 男 ・ 女 )
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
被保険者本人（組合員本人）被扶養者の別	本人 ・ 被扶養者
フリガナ 被保険者氏名	
被保険者の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
被保険者住所	〒  TEL
健康保険の種類	
保険証記号番号	記号 : 番号
保険者の名称（健康保険証を交付する団体）	
保険者所在地	〒  TEL

- ※ 健康保険の種類、保険証の記号、番号等は健康保険証を参照し記入してください。
- ※ 健康保険の種類には、全国健康保険協会管掌健康保険、船員保険、日雇い特例費保険者の保険、組合管掌健康保険、国家公務員共済、地方公務員共済、公立学校共済、国民健康保険、後期高齢者医療などの種類を記入してください。
- ※ 保険者の名称には、社会保険事務局の場合は社会保険事務所まで、共済組合の場合は支部まで、国民健康保険の場合は市町村名まで、後期高齢者医療の場合は〇〇県後期高齢者医療広域連合と照会先がわかるように記入してください。

令和 年 月 日

請求者署名 \_\_\_\_\_

独立行政法人環境再生保全機構  
石綿健康被害救済部長 殿

切り取り線



医療機関にお持ちいただく書類

## 療養開始日判断シート

受診等証明書（手続様式 11 号）の「療養を開始した日」（当該疾病によって著しい呼吸機能障害が認められた日）について次の①～④全てに記入してください。

①患者氏名：〇〇 〇〇

②療養開始日： (西暦) 2020 年 3 月 1 日

## ③判断理由

(上記②の日が当該疾病によって著しい呼吸機能障害が認められた日と判断した理由を記入してください)

当院で 2020 年 3 月 1 日に実施した呼吸機能検査において、既に著しい呼吸機能障害を認めており、これは石綿健康被害救済制度における認定疾病の「びまん性胸膜肥厚」によるものと考えられるため。

## ④根拠となる検査値 (検査報告書も添付して提出してください)

検査日	呼吸機能検査			動脈血ガス分析	
	%VC	1 秒率	1 秒量	PaO <sub>2</sub>	AaDO <sub>2</sub>
(西暦)2020 年 3 月 1 日	56.22 %	95.23 %	1700 ml	Torr	Torr

※ 著しい呼吸機能障害の考え方については、パンフレット「石綿健康被害救済制度の医療費について」P.5,6「医学的判定の考え方について」をご参考に値の記入をお願いいたします。

上記のとおり証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 〒□□□-□□□□

電話番号 ×××-×××-××××

医療機関名 〇〇病院

医師氏名 △△ △△

# 療養開始日判断シート

受診等証明書（手続様式 11 号）の「療養を開始した日」（当該疾病によって著しい呼吸機能障害が認められた日）について次の①～④全てにご記入下さい。

①患者氏名：

②療養開始日： 

（西暦）	年	月	日
------	---	---	---

③判断理由

（上記②の日が当該疾病によって著しい呼吸機能障害が認められた日と判断した理由を記入してください）

--

④根拠となる検査値（検査報告書も添付して提出してください）

検査日	呼吸機能検査			動脈血ガス分析	
	%VC	1 秒率	1 秒量	PaO2	AaDO2
（西暦） 年 月 日	%	%	ml	Torr	Torr

※ 著しい呼吸機能障害の考え方については、パンフレット「石綿健康被害救済制度の医療費について」P.5,6「医学的判定の考え方について」をご参考に値の記入をお願いいたします。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地 〒

電話番号

医療機関名

医師氏名





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

③受診者の氏名		明治 大正		
④当該証明に係る疾病名		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 20日
⑥医療の内容		××××年 1月下旬頃から左胸痛と息切れを自覚し、同年 2月 10日に当院呼吸器内科初診。検査等行うも著しい呼吸機能障害を認めず、また確定診断にも至らなかったため、外来でフォローしていたが、症状が増悪してきたため、同年 5月 20日に再度、当院呼吸器内科受診。検査の結果、著しい呼吸機能障害と大量胸水を認めた。呼吸器外科に転科し、同月 24日から入院加療。現在、鎮咳剤及び気管支拡張剤にて治療継続中。		
⑦当該証明に係る費用		自己負担額		
総額		入院	入院外	調剤(院外)
373,380 円		65,880 円	15,100 円	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
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用)		※内訳は裏面に記入		80,980 円
⑩当該証明に係る期間		(西暦)××××年 5月 20日分 ~ ××××年 8月 31日分		

症状・経過も併せて記入してください。

貴院において、認定疾病にかかる「著しい呼吸機能障害」を認めた日を記入してください。

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】

- 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
    - 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)
    - 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)
    - 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。通常の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→

入院：限度額認定証使用。区分〇〇

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			た り 金
		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、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。	自己負担額	
(西暦) ××××年5月分	5/20~5/30 354,060円	5/24~5/30 57,600円 ((食) 8,280円)	9,300円		
××××年6月分	6/3~6/25 12,220円	( )	6/3 2,410円 6/15 1,260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 7,100円	( )	7/12 590円 7/24 1,540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					
年 月分					
年 月分					
合計金額	373,380円	65,880円	15,100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⑤ 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、著しい呼吸機能障害(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。

切り取り線

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

③受診者の氏名	明治 大正			
④当該証明に係る疾病名	著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	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 20日	
⑥医療の内容	××××年1月下旬頃から左胸痛と息切れを自覚し、同年2月10日に当院呼吸器内科初診。検査等行うも著しい呼吸機能障害を認めず、また確定診断にも至らなかったため、外来でフォローしていたが、症状が増悪してきたため、同年5月20日に再度、当院呼吸器内科受診。検査の結果、著しい呼吸機能障害と大量胸水を認めた。呼吸器外科に転科し、同月24日から入院加療。現在、鎮咳剤及び気管支拡張剤にて治療継続中。			
⑦当該証明に係る費用	総額	自己負担額		
症状・経過も併せて記入してください。		入院	入院外	調剤(院外)
	373,380 円	65,880 円	15,100 円	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	⑨費用
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用)	※内訳は裏面に記入			80,980 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦)××××年 5月 20日分 ~ ××××年 8月 31日分			

貴院において、認定疾病にかかる「著しい呼吸機能障害」を認めた日を記入してください。

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】

- 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
    - 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)
    - 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)
    - 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→

切り取り線

入院：限度額認定証使用。区分〇〇

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			た り 金
		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、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。	自己負担額	
(西暦) ××××年5月分	5/20~5/30 354,060円	5/24~5/30 57,600円 ((食) 8,280円)	9,300円		
××××年6月分	6/3~6/25 12,220円	( )	6/3 2,410円 6/15 1,260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 7,100円	( )	7/12 590円 7/24 1,540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	373,380円	65,880円	15,100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⑤ 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、健康保険法等で給付される額を除いた額を指します。
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。

切り取り線

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 昭和 令和	「著しい呼吸機能障害」を初めて認めた日を処方元の医療機関に確認し、当該日以降、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	著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	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		
	10,040 円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 3,010 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				3,010 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
    - 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)
    - 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)
    - 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	4,810 円	( )		6/3 1,440 円	
××××年7月分	5,230 円	( )		7/25 1,570 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		( )			
合計金額	10,040 円	円	円	3,010 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:〇〇薬局 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、著しい呼吸機  
発症を含みます。) に関して行った医療に要した保険医療  
書類を作成したご担当者様の所属課、お 続
2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費の  
名前及びご連絡先を記入してください。
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。

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 昭和 平 令和	「著しい呼吸機能障害」を初めて認めた日を処方元の医療機関に確認し、当該日以降、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	著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	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		
	10,040 円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 3,010 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額 (④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				3,010 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 ○〇薬局
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
    - 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)
    - 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)
    - 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	4,810 円	( )		6/3 1,440 円	
××××年7月分	5,230 円	( )		7/25 1,570 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		( )			
合計金額	10,040 円	円	円	3,010 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:〇〇薬局 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、著しい呼吸機  
発症を含みます。) に関して行った医療に要した保険医療  
書類を作成したご担当者様の所属課、お 続
2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費の  
名前及びご連絡先を記入してください。
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。



石綿による健康被害の救済に関する法律

受診等証明書

※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。

申請・請求書番号		手帳番号		
フリガナ		男・女	②受診者の生年月日	
①受診者氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
フリガナ				
③受診者の住所	〒	TEL		
④当該証明に係る疾病名		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 月 日	
⑥医療の内容				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額		
	円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 円
		④自己負担額合計 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) 年 月 日分	～	(西暦) 年 月 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	
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。通常の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 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		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	円	円	円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊤自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊤ へ転記

切り取り線

※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: \_\_\_\_\_ 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、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律

受診等証明書

※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。

申請・請求書番号		手帳番号		
フリガナ		男・女	②受診者の生年月日	
①受診者氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
フリガナ				
③受診者の住所	〒	TEL		
④当該証明に係る疾病名		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 月 日	
⑥医療の内容				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額		
	円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 円
		④自己負担額合計 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) 年 月 日分	～	(西暦) 年 月 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	
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。通常の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 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		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	円	円	円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊤自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊤ へ転記

切り取り線

※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: \_\_\_\_\_ 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、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律

受診等証明書

※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。

申請・請求書番号		手帳番号		
フリガナ		男・女	②受診者の生年月日	
①受診者氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
フリガナ				
③受診者の住所	〒	TEL		
④当該証明に係る疾病名		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 月 日	
⑥医療の内容				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額		
	円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 円
		④自己負担額合計 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額 (④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) 年 月 日分	～	(西暦) 年 月 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	
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。通常の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 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		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	円	円	円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊤自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊤ へ転記

切り取り線

※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: \_\_\_\_\_ 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、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律

受診等証明書

※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。

申請・請求書番号		手帳番号		
フリガナ		男・女	②受診者の生年月日	
①受診者氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
フリガナ				
③受診者の住所	〒	TEL		
④当該証明に係る疾病名		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 月 日	
⑥医療の内容				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額		
	円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 円
		④自己負担額合計 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) 年 月 日分	～	(西暦) 年 月 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	
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 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		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	円	円	円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊤自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊤ へ転記

切り取り線

※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: \_\_\_\_\_ 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、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。



石綿による健康被害の救済に関する法律

受診等証明書

※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。

申請・請求書番号		手帳番号		
フリガナ		男・女	②受診者の生年月日	
①受診者氏名			明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
フリガナ				
③受診者の住所	〒	TEL		
④当該証明に係る疾病名		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 月 日	
⑥医療の内容				
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額		
	円	入院 円	入院外 円	調剤(院外) 円
		④自己負担額合計 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	⑩費用 円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入				円
⑩当該証明に係る期間	(西暦) 年 月 日分	～	(西暦) 年 月 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	
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 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		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	円	円	円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊤自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊤ へ転記

切り取り線

※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: \_\_\_\_\_ 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、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。



# 独立行政法人 環境再生保全機構(ERCA)

ホームページ

- ① <https://www.erca.go.jp/> (機構トップページ)
- ② <https://www.erca.go.jp/asbestos/> (石綿による健康被害の救済に関する情報)
- ③ <https://www.erca.go.jp/asbestos/mesothelioma/> (中皮腫とは～診断・治療から公的制度まで～)



(被認定者専用フリーダイヤル)

**0120-373-922**

受付時間 10:00～17:00

(土・日・祝・12/29～1/3を除く)

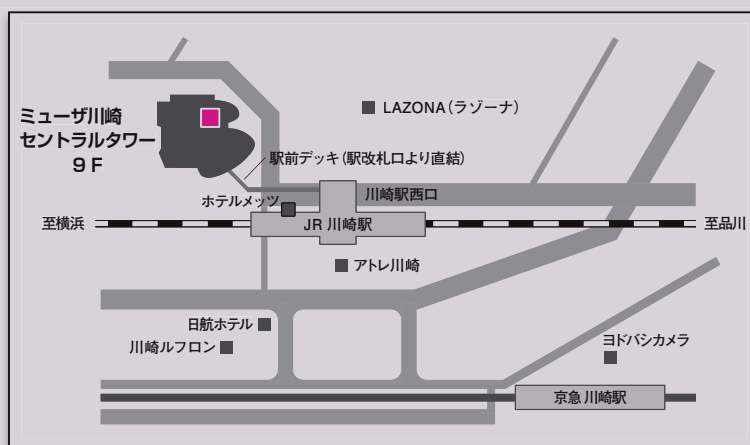
〒212-8554

神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番ミュージア川崎セントラルタワー9 階

独立行政法人環境再生保全機構石綿健康被害救済部

電話：044-520-9508 (代表) F A X：044-520-2193

メール：asbestos@erca.go.jp



この印刷物は、国等による環境物品等の調達の推進等に関する法律（グリーン購入法）に基づく基本方針の判断の基準を満たす紙を使用しています。



リサイクル適性<sup>®</sup>  
この印刷物は、印刷用の紙へ  
リサイクルできます。