

## 石綿（アスベスト）健康被害救済制度 給付の手引き

- 認定後にお亡くなりになった方
- 認定申請中にお亡くなりになった方

のご遺族等へ

救済給付の請求手続及び各種届出のご案内

巻末に届出・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、ぜひご利用ください。

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

I	はじめにお読みください	1
II	各種の届出と請求について	
1.	各種の届出	2
(1)	死亡届	2
(2)	石綿健康被害医療手帳返還届	4
2.	各種請求の手続き	7
(1)	葬祭料の請求	8
(2)	未支給の医療費等の請求	10
(3)	救済給付調整金の請求	18
(4)	未支給の医療費等及び救済給付調整金の支給例	22
III	その他の届出	
1.	他の法令による給付等の受給届	23
2.	損害てん補届	25
IV	各種手続様式	27
	・死亡届	
	・石綿健康被害医療手帳返還届	
	・葬祭料請求書	
	・未支給の医療費等の請求書	
	・救済給付調整金請求書	
	・他の法令による給付等の受給届	
	・医療費請求書	
	・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	
	・療養を開始した日の具体例	
	・受診等証明書記載例（病院の方向け）	
	・受診等証明書記載例（薬局の方向け）	
	・受診等証明書	

## I はじめにお読みください

### 手引きをお読みの方は、次のどちらに当てはまりますか

提出していただく届出及び請求書類が異なりますので、以下のチェックリストをご確認の上、資料をご提出ください。

救済給付の請求には支給の要件があります。また、下記に加えてそれぞれ添付書類が必要となります。詳細については該当のページをご覧ください。

#### 「認定を受け、その後お亡くなりになった方のご遺族等」

##### ●お亡くなりの際の届出

- 死亡届 . . . 2ページ
- 石綿健康被害医療手帳返還届 . . . 4ページ

##### ●ご遺族による救済給付の請求（各請求の概要については7ページをご覧ください）

- 葬祭料請求書 . . . 8ページ
- 未支給の医療費等の請求書 . . . 10ページ
  - 医療費請求書
  - 受診等証明書
  - 高額療養費を機構が確認する同意書
- 救済給付調整金請求書 . . . 18ページ

#### 「認定の申請中に死亡し、その後認定を受けることができる者であると決定（決定申請）されたご遺族等」

##### ●ご遺族による救済給付の請求（各請求の概要については7ページをご覧ください）

- 葬祭料請求書 . . . 8ページ
- 未支給の医療費等の請求書 . . . 10ページ
  - 医療費請求書
  - 受診等証明書
  - 高額療養費を機構が確認する同意書
- 救済給付調整金請求書 . . . 18ページ

## Ⅱ 各種の届出と請求について

### 1. 各種の届出

認定を受けた方がお亡くなりになった場合、ご遺族等は、「死亡届」及び「石綿健康被害医療手帳返還届」を機構へ提出する必要があります。

#### (1) 死亡届

##### ①死亡届とは

認定を受けた方が死亡した場合に、機構に対してご遺族等（戸籍法の規定による届出義務者）よりその旨のご連絡をいただくための届出です。

##### ②届出手続き

死亡届に必要な事項を記入し、必要な添付書類を添えて機構へ提出してください。

記載方法は3ページの⑤「死亡届」記載例を参考にしてください。

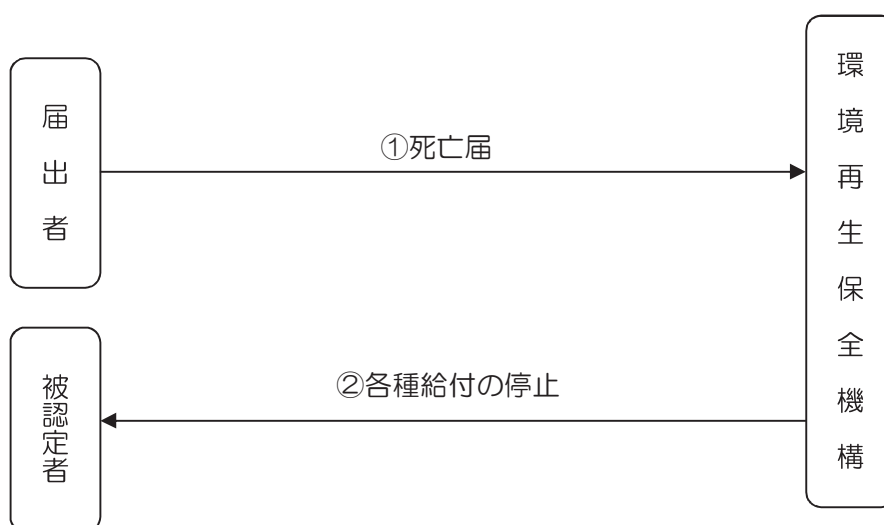
届出が遅れますと、救済給付が過払いになり、後日既に支払われた給付の一部を返還していただく場合がありますので、すみやかに届出を行ってください。

##### ③必要な添付書類

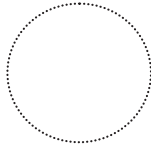
項目	添付書類 ※
死亡届 (手続様式第7号)	・石綿健康被害医療手帳返還届 ・石綿健康被害医療手帳

※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。

##### ④死亡届の流れ



⑤ 「死亡届」 記載例



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第7号(施行規則第7条関係)

石綿による健康被害の救済に  
死亡届

石綿健康被害医療手帳が交付されている  
場合は手帳番号を記入してください。

届出書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ ハナコ		③届出者の 生年月日	明治	大正
②届出者氏名	環境 花子	男(女)		(昭和)	平成
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④届出者の 住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
⑤被認定者との身分関係	<input checked="" type="radio"/> 1.同居の親族 <input type="radio"/> 2.同居していない親族 <input type="radio"/> 3.同居者 <input type="radio"/> 4.家主 <input type="radio"/> 5.地主 <input type="radio"/> 6.家屋管理人 <input type="radio"/> 7.土地管理人 <input type="radio"/> 8.公設所の長				
フリガナ	カンキョウ タロウ		⑦被認定者 の生年月日	明治	大正
⑥被認定者 氏名	環境 太郎	男(女)		(昭和)	平成
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
⑧被認定者が死亡の当時 有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
⑨被認定者の死亡年月日	平成・(令和) ××年 7月 1日				
⑩被認定者の死亡原因	認定疾病に起因して死亡				

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第7条の規定により上記のとおり届出します。

令和 ××年 7月 8日 届出者氏名 環境 花子

(注)太枠内を記入して下さい。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

被認定者が死亡したときは、この届出と併せて石綿健康被害医療手帳返還届(手続様式第9号)を提出するとともに、石綿健康被害医療手帳についても返還してください。

## (2) 石綿健康被害医療手帳返還届

### ①石綿健康被害医療手帳返還届とは

ご遺族等が機構に石綿健康被害医療手帳を返還していただくための届出です。認定を受けた方がお亡くなりになった場合、ご遺族等は、機構に対しすみやかに届出・返還をお願いいたします。

### ②届出・返還手続き

石綿健康被害医療手帳返還届に必要な事項を記入し、石綿健康被害医療手帳を添えて機構へ提出してください。記載方法は6ページの⑤「石綿健康被害医療手帳返還届」記載例を参考にしてください。

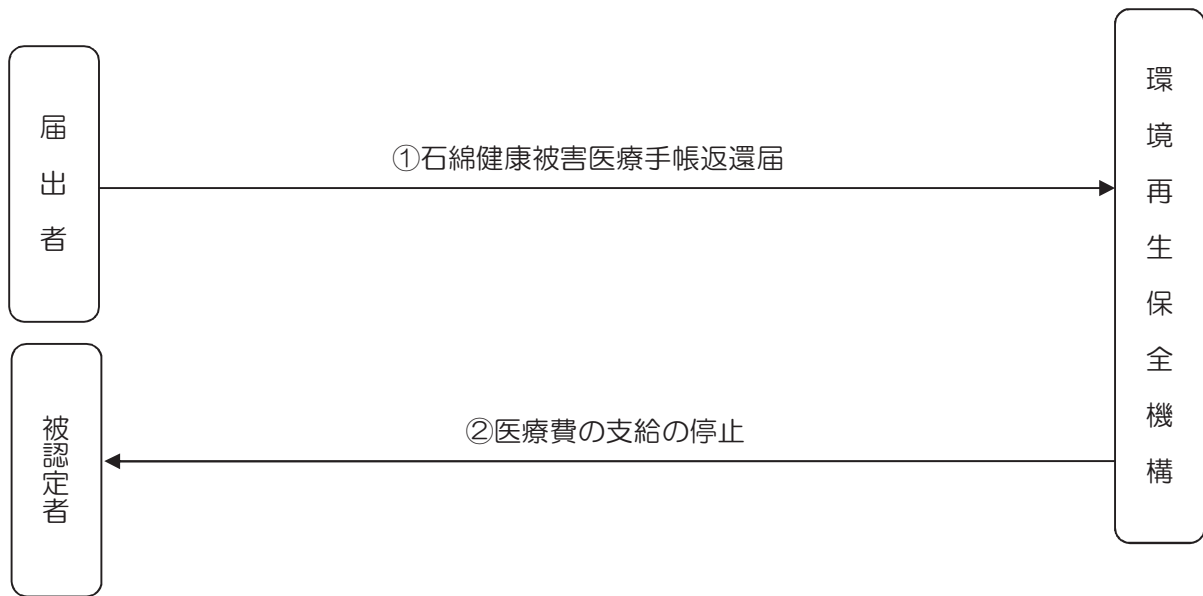
届出が遅れますと、救済給付が過払いになり、後日既に支給された給付の一部を返還していただく場合がありますので、すみやかに届出を行ってください。

### ③届出に当たって必要な添付書類

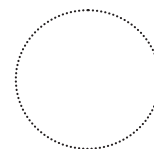
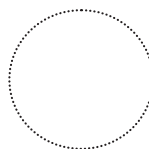
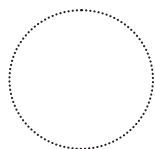
項目	添付書類 ※
石綿健康被害医療手帳返還届 (手続様式第9号)	石綿健康被害医療手帳

※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。

#### ④石綿健康被害医療手帳返還届の流れ



⑤ 「石綿健康被害医療手帳返還届」 記載例



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第9号(施行規則第9条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律  
**石綿健康被害医療手帳返還届**  
 (治ゆ・死亡・その他)

石綿健康被害医療手帳に記載されている  
 手帳番号を記入してください。

届出書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ タロウ		③被認定者の生年月日	明治	大正
②被認定者氏名	環境 太郎	男・女		(昭和)	平成
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④被認定者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
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返還事由	1. 認定疾病が治ったため 3. 認定の有効期間が満了したため 5. 医療費について損害のてん補を受け又は他の法令で医療費に相当する給付を受けることになったため 6. その他( ) ②. 被認定者が死亡したため 4. 認定の取消しを受けたため				
⑦返還事由の発生日	平成・令和 ××年 7月 1日				

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第9条の規定により石綿健康被害医療手帳を返還します。

令和 ××年 7月 8日 届出者氏名 環境 花子

(注)太枠内を記入して下さい。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿



## 2. 各種請求の手続き

認定を受けた方のご遺族等に対する救済給付について、次の給付を機構に請求することができます。

### (1) 葬祭料

「認定を受けた方」又は「認定の申請中に死亡した方で認定を受けることができる方であったとの決定を受けた方」（以下「被認定者」といいます。）が認定を受けた疾病に起因して死亡した場合に、葬祭を行った方の請求に基づき支給されます。（19万9千円）

⇒請求の詳細は 8～9 ページ

### (2) 未支給の医療費等

未支給の医療費等とは、被認定者が死亡した場合において、その死亡した被認定者にお支払いすべき医療費・療養手当（以下「医療費等」といいます。）で、まだその方に支給していなかった医療費等のことで、ご遺族の方の請求により支給するものです。

請求できる医療費は、被認定者が療養を開始した日以降にかかった認定疾病に係る保険医療費の自己負担分で、未払いのものです。また、療養手当（月103,870円）は、対象月（被認定者が療養を開始した日を含む月の翌月から死亡した月）のうち、未支給となっているものが支給されます。

なお、認定申請の日の3年前の日より前の医療費等は支払われません。

⇒請求の詳細は 10～17 ページ

### (3) 救済給付調整金

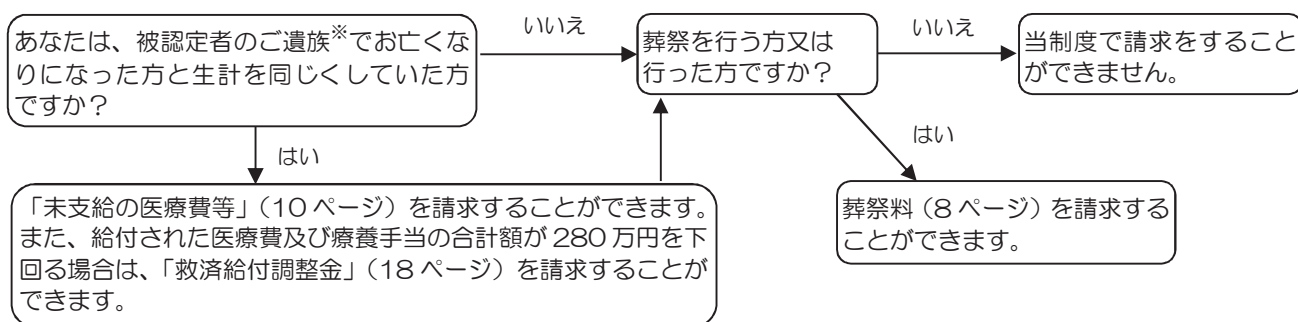
被認定者が、認定を受けた疾病に起因して死亡した場合で、被認定者に対して既に支給された医療費※、療養手当及び未支給の医療費等の額の合計額が、特別遺族弔慰金の額の280万円に満たない場合、その差額を被認定者のご遺族に支給する給付です。

なお、交通事故など、認定疾病に起因しない死亡の場合には、救済給付調整金は支給されません。

※医療費には、被認定者が石綿健康被害医療手帳を提示することにより、医療機関から受けた療養について機構が医療機関に対して直接支払った額（現物給付額）を含みます。

⇒請求の詳細は 18～22 ページ

#### <請求のフローチャート>



※ご遺族とは、死亡者の①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母、⑥兄弟姉妹のことを言い、請求できる順は①～⑥の番号の順によります。

### (1) 葬祭料の請求

葬祭料を請求しようとする方は「葬祭料請求書」(手続様式第15号)に必要事項を記入し、必要な添付書類を添えて機構へ提出してください。

記載方法は9ページの⑤「葬祭料請求書」記載例を参考にしてください。

#### ①必要な書類

以前の申請(決定申請等)で既に提出された添付書類は省略できます。

項目	添付書類
葬祭料請求書 (手続様式第15号)	<ul style="list-style-type: none"><li>被認定者の死亡の事実及び死亡年月日並びに認定疾病に起因して死亡したことを証明することができる書類 (死亡診断書の写し、死体検案書の写しなど)</li><li>請求者が死亡した被認定者について葬祭を行う者であることを明らかにすることができる書類※1 (葬儀の領収書(原本※2))</li></ul>

※1 領収書宛名に葬祭料請求者のお名前(フルネーム)があることが必要です。葬儀の領収書のみではフルネームを確認できない場合、死体埋火葬許可書の写し(コピー可)を合わせて提出していただく場合があります。

※2 領収書の原本については審査後に返却いたします。

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。

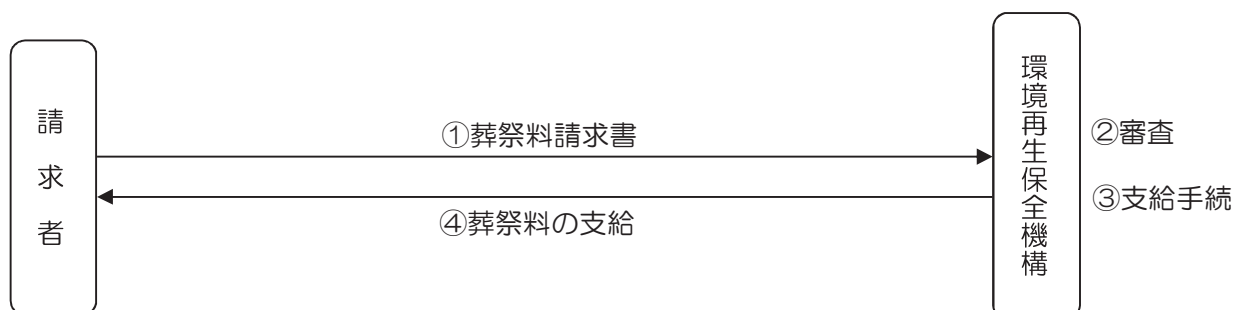
#### ②葬祭料の支給

機構は「葬祭料請求書」について内容を審査し、給付決定額(19万9千円)を請求者指定の口座に振り込みます。

#### ③請求できる期間

葬祭料を機構に対し請求できる期間は、被認定者が認定を受けた疾病に起因して死亡した日の翌日から2年以内です。

#### ④請求から支給までの流れ



⑤ 「葬祭料請求書」 記載例

- ・請求者に間違いがないか、また記入漏れがないかご確認ください。
- ・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。)

機嫌堂社印 保健証字第何社印

手続様式第 15 号(施行規則第 16 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する  
**葬祭料請求書**

葬儀の領収証等にお名前(フルネーム)のある方がご請求ください。

石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

申請・請求書番号				①手帳番号	××××××			
フリガナ	カンキョウ ハナコ		②請求者氏名	男(女)	③請求者の生年月日	明治	大正	
	環境 花子					昭和	平成	20年
								令和
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ							
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××							
⑤被認定者等(被認定者又は申請中死亡者)との身分関係	<input type="radio"/> 1. 配偶者 <input type="radio"/> 2. 事実婚 <input type="radio"/> 3. 子 <input type="radio"/> 4. 父母 <input type="radio"/> 5. 孫 <input type="radio"/> 6. 祖父母 <input type="radio"/> 7. 兄弟姉妹 <input type="radio"/> 8. その他( )							
フリガナ	カンキョウ タロウ		⑥被認定者等氏名	男(女)	⑦被認定者等の生年月日	明治	大正	
	環境 太郎					昭和	平成	15年
								令和
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ							
⑧被認定者等が死亡の当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-×××							
⑨認定疾病名	<input checked="" type="radio"/> 1. 中皮腫 <input type="radio"/> 2. 肺がん <input type="radio"/> 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="radio"/> 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚							
⑩被認定者等の死亡年月日	平成・令和 ××年 7月 1日							
⑪葬祭を行う又は行った年月日	平成・令和 ××年 7月 4日							

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 19 条第 1 項の規定による葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 ××年 7月 8日 請求者氏名 環境 花子

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  いずれかに必ず○をつけてください。(記入してください。)

振込先金融機関名	<input type="radio"/> 銀行等	<input type="radio"/> 農協・漁協	<input type="radio"/> 信用金庫	<input type="radio"/> 支店	通帳記号	1						0
	<input type="radio"/> その他											
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通当座	口座番号		○○○○○○○								
フリガナ	カンキョウ ハナコ		フリガナ									
口座名義	環境 花子		口座名義									

(注) 太枠内を記入して下さい。

(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。

振込先の金融機関口座は、請求者本人名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行の通帳番号は 8桁の番号を書いてください。

署名欄は請求者(本人)の氏名をご記入ください。

振込先の銀行名・口座番号など所定の必要事項を正確に記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

(2) 未支給の医療費等の請求（給付内容は7ページ（2））

未支給の医療費等を請求しようとするご遺族の方は、

● 「未支給の医療費等の請求書」（**手続様式第14号**）

に必要事項を記入し、必要な添付書類（12ページ⑤参照）を添えて機構へ提出してください。記載方法は15ページの⑦「未支給の医療費等の請求書」記載例を参考にしてください。

被認定者が死亡する前に医療費の支給を請求していなかった場合、未支給の医療費等を請求しようとするご遺族の方は、

● 「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

● 「**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**」を提出していただきます。請求にあたっては、14ページの⑥を参照ください。

①未支給の医療費等を請求できるご遺族の方

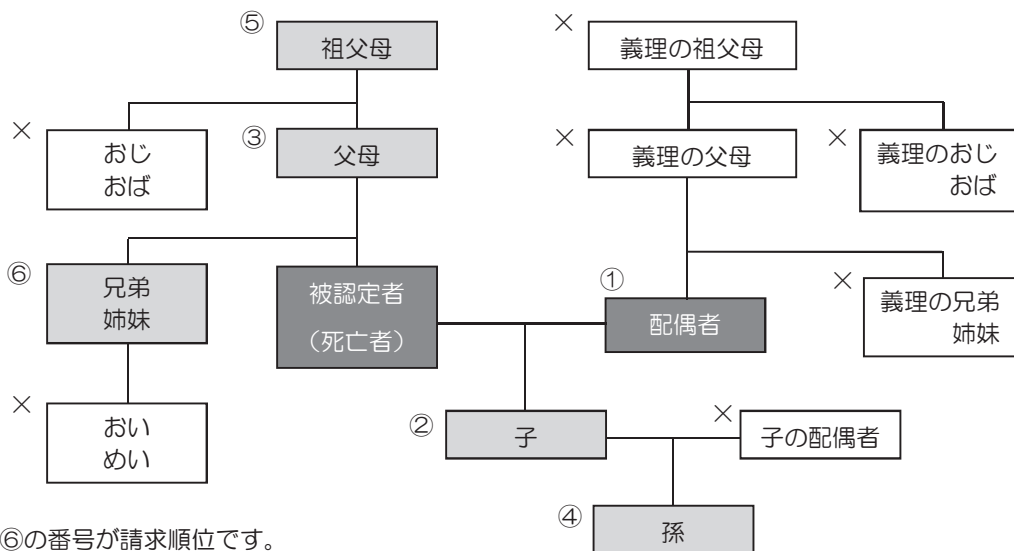
死亡した被認定者の配偶者・子・父母・孫・祖父母又は兄弟姉妹であって、死亡した被認定者の死亡当時、**生計を同じくしていた方**が請求を行うことができます。（配偶者には、事実上婚姻関係と同様の事情にあった人を含みます。）

なお、生計を同じくしていた方の証明については、13ページの（例）をご参照ください。

②請求の順位

請求の順位は下図の順序によります。**先順位者が生存し、かつ生計を同じくしていた場合、後順位の方は請求できません。**

なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った支給は、全員に対して支給したこととなります。二重請求や分割支給はできません。



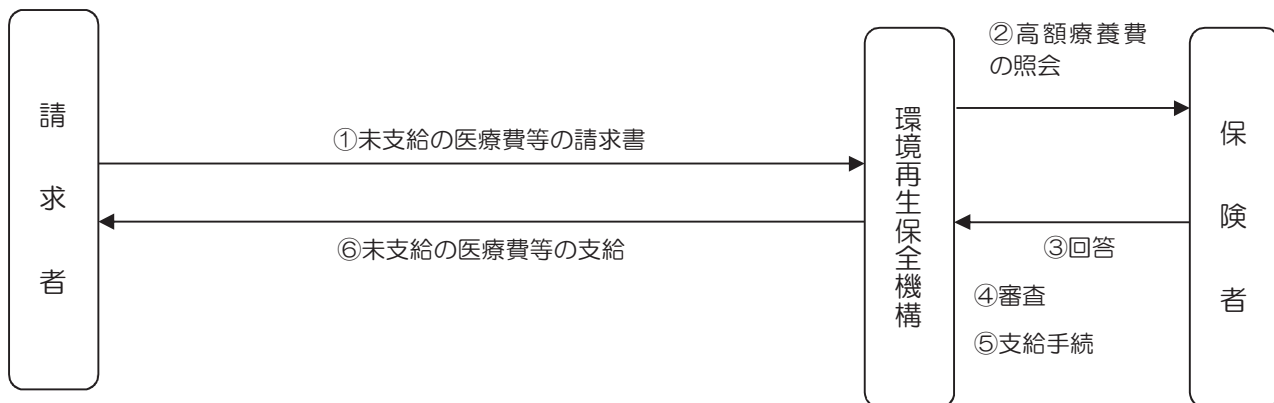
①～⑥の番号が請求順位です。

×の付いている方は、請求権がありません。

### ③未支給の医療費等の決定及び支給

機構は、「未支給の医療費等の請求書」について内容を確認し、給付の可否を決定し、請求したご遺族の方に書面で通知します。支給決定された方については、給付決定額を請求者指定の口座に振り込みます。

### ④請求から支給までの流れ



## ⑤請求に必要な書類

請求にあたっては、下記「添付書類」欄を参考にして、必要な書類を添えて提出してください。既に申請（決定申請等）で提出された添付書類は省略できます。

項目	添付書類
未支給の医療費等の請求書 （手続様式第 14 号）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 被認定者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類                （<b>死亡診断書の写し</b>・死体検案書の写しなど）※1</li> <li>• 請求者と死亡した被認定者との身分関係を証明することができる<b>戸籍の謄本</b>又は抄本※2、3（謄本・抄本とも続柄の記載されたもの）</li> <li>• 請求者が死亡した被認定者との婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類〔消除者（死亡した被認定者）を含む世帯全員の住民票※3《これを入手できない場合は、確定申告の控え（収受印のあるもの）・源泉徴収票・健康保険証の写し・民生委員の証明書など》〕</li> <li>• 請求者が死亡した被認定者の死亡当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類〔<b>被認定者の住民票除票※3</b>と<b>請求者の住民票※3</b>、又は消除者（死亡した被認定者）を含む世帯全員の住民票※3《これらを手に入れない場合は、戸籍の附票※3・確定申告の控え（収受印のあるもの）・源泉徴収票・健康保険証の写し・民生委員の証明書など》〕</li> <li>• 死亡した被認定者が医療費を請求する場合に提出すべきであった書類その他の資料でまだ提出していなかったもの（14ページの⑥を参照）</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「<b>医療費請求書</b>」（手続様式第 10 号）</li> <li>● 「<b>受診等証明書</b>」（手続様式第 11 号）</li> <li>● 「<b>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</b>」</li> </ul>

※1 未支給の医療費等を請求される方が、これらの添付書類を葬祭料等他の請求書に添付されているときは省略できます。その旨を未支給の医療費等の請求書の余白にご記入ください。

※2 戸籍の謄本又は抄本で、請求者が請求権最優先順位者であるかどうかを確認します。配偶者の場合は婚姻関係を、請求順位が子以下の方の場合は、請求順位が上位である配偶者等の不在（死亡や離縁等）も確認しますので、そのことがわかる戸籍謄本をご提出ください。（請求できる順位は10ページ参照）

※3 戸籍の謄本、抄本、住民票及び戸籍の附票は、役所から交付されたものをご提出ください（コピーは無効）。

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。



## 生計同一関係の証明書として考えられるもの（例）

いずれの場合も、その内容から判断して被認定者の死亡の当時、請求者と死亡した被認定者が生計同一関係にあったと認められる資料をご提出ください。

<p>死亡した被認定者の死亡の当時同居していた場合</p>	<p>&lt;同居の証明&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 死亡者の住民票除票と請求者の住民票</li> <li>● 消除者(死亡した被認定者)を含む世帯全員の住民票</li> <li>● 戸籍の附票</li> </ul> <p>死亡当時の住所が同じであったことがわかるもの</p> <p>&lt;上記が入手できない場合&gt;</p> <p>(扶養関係の証明)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康保険証の写し</li> <li>● 收受印のある確定申告の控え</li> <li>● 源泉徴収票</li> </ul> <p>死亡当時扶養関係にあったことがわかるもの</p> <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 民生委員による証明※4・※5 など</li> </ul>
<p>死亡した被認定者の死亡の当時同居していなかった場合</p>	<p>&lt;扶養関係の証明&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康保険証の写し</li> <li>● 收受印のある確定申告の控え</li> <li>● 源泉徴収票</li> </ul> <p>死亡当時扶養関係にあったことがわかるもの</p> <p>&lt;上記が入手できない場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 民生委員による証明※4・※5 など</li> </ul>

- どれか1つの書類だけでは、生計同一関係を証明できない場合、複数の書類を組み合わせる等してご提出していただくことがあります。
- 住民票等は、個人番号(マイナンバー)が記載されていないものをご提出ください。

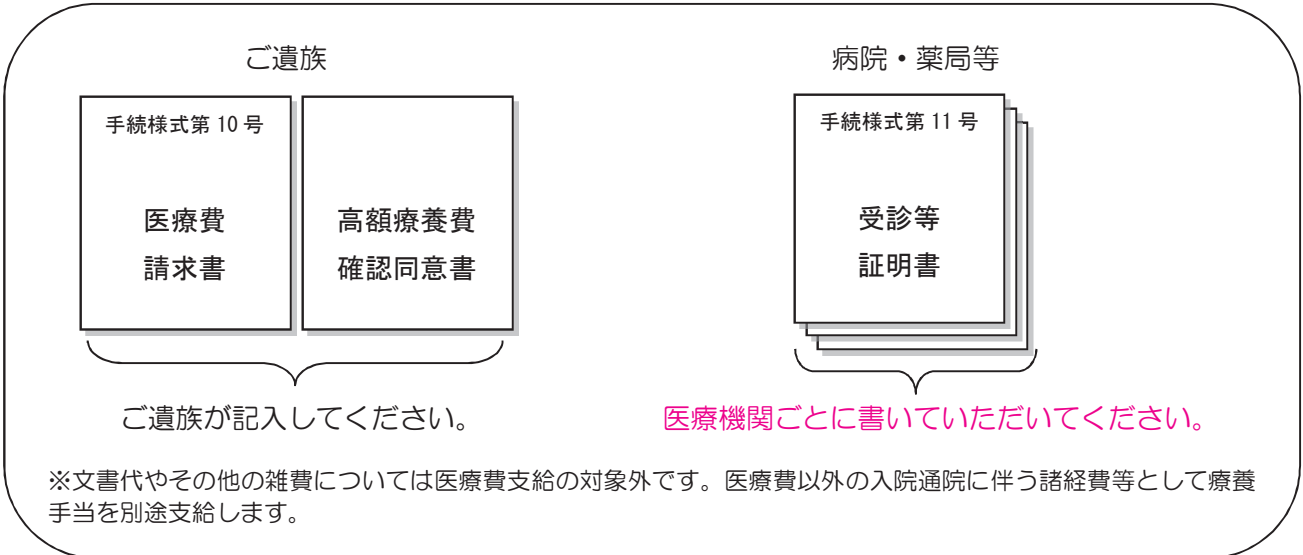
※4 「民生委員」は、民生委員法に基づいて厚生労働大臣から委嘱され、市（特別区を含む。）町村の区域に置かれる非常勤の地方公務員です。依頼される場合は、お近くの役所の窓口へお問い合わせください。

※5 民生委員の証明書に必要な項目

- ①「石綿による健康被害の救済に関する法律 給付金請求のため」（証明書の使用目的）
- ②請求者と死亡者のお名前
- ③死亡当時の請求者と死亡者の各住所
- ④死亡時に請求者と死亡者が同一生計であると民生委員等が認めた根拠
- ⑤民生委員の住所、氏名（自署）、証明日

## ⑥未支給の医療費に関わる資料

療養を開始した日（注1）からお亡くなりになった日までに負担された保険医療費の自己負担分（注2）で死亡前に機構に請求していなかったものがある場合（認定申請後にお亡くなりになり、その後認定を受けたため請求できなかった場合も含む）、未支給の医療費を請求できるご遺族が「**受診等証明書**」を病院・薬局等に証明していただき、「**医療費請求書**」とあわせて機構に提出してください。同時に「**高額療養費の確認同意書**」もご提出ください。



### （注1）「療養を開始した日」とは

認定疾病について、初めて保険医療機関等において診察、薬剤の支給等健康保険法第63条第1項等に規定されている療養の給付（医療）を受けた日をいいます。認定を受けた方について療養を開始した日は、基本的には提出いただく医師の診断書に記載された当該医療機関における療養開始日となりますが、複数の医療機関にかかっている場合などには、医療費の償還払い請求の際に提出していただく「受診等証明書」及び「医療費請求書」に記載される療養開始日をもとに決定されます。

### ＜参考＞健康保険法

#### （療養の給付）

第63条 被認定者の疾病又は負傷に関しては、次にあげる療養の給付を行う。

- 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

### （注2）

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、標準負担額です。

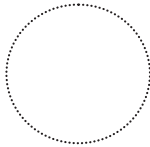
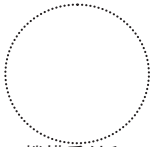
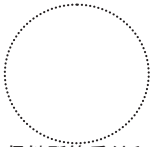
認定疾病以外の医療、保険外の医療、民間療法は対象となりません。

また、差額ベッド代、文書代、自費検査料など保険給付対象外の費用も対象となりません。



⑦「未支給の医療費等の請求書」記載例

- ・請求者に間違いがないか、また記入漏れがないかご確認ください。
- ・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  
 石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

手続様式第14号(施行規則第15条関係)  
 石綿による健康被害の救済に関する法律第18条第1項の規定による未支給の医療費等の請求書

申請・請求書番号			①手帳番号	××××××	
フリガナ	カンキョウ ハナコ		③請求者の生年月日	明治 大正	20年 7月 27日
②請求者氏名	環境 花子	男(女)		昭和 平成	
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地 TEL 044-520-××××				
⑤支給前死亡者との身分関係	<input checked="" type="radio"/> 1. 配偶者 <input type="radio"/> 2. 事実婚 <input type="radio"/> 3. 子 <input type="radio"/> 4. 父母 <input type="radio"/> 5. 孫 <input type="radio"/> 6. 祖父母 <input type="radio"/> 7. 兄弟姉妹				
フリガナ	カンキョウ タロウ		⑦支給前死亡者の生年月日	明治 大正	15年 5月 15日
⑥支給前死亡者氏名	環境 太郎	男(女)		昭和 平成	
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
⑧支給前死亡者が死亡の当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地				
⑨認定疾病名	<input checked="" type="radio"/> 1. 中皮腫 <input type="radio"/> 2. 肺がん <input type="radio"/> 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="radio"/> 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜炎				
⑩死亡年月日	平成・令和	××年	7月	1日	⑪未支給の医療費等の種類
					<input checked="" type="radio"/> 1. 医療費 <input type="radio"/> 2. 療養手当

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18条第1項の規定による未支給の医療費等の給付を受けたく、必要書類を添えて請求します。

令和 ××年 7月 8日 請求者氏名 環境 花子

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 〇〇〇〇〇〇〇〇  
 いすれかに必ず〇をつけてください。

振込みを希望する金融機関(銀行等) (ゆうちょ銀行のゆうちょ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
口座番号	普通当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	通帳番号			
フリガナ	カンキョウ ハナコ	フリガナ			
口座名義	環境 花子	口座名義			

(注)太枠内を記入して下さい。

(注)預貯金口座の口座名義について、請求書に記入していません。  
 振込先の銀行名・口座番号など所定の必要事項を正確に記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

給付の種類及び金額	ア. 医療費( )円、	イ. 療養手当( )円	計( )円
-----------	-------------	-------------	-------

振込先の金融機関口座は、請求者本人名義の口座をご指定ください。

⑧ 「医療費請求書」 記載例

機構受付印 保健証受付印

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  
**医療費請求書**

石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

②～④は、死亡した被認定者について記入してください。

①手帳番号		× × × × × ×	
フリガナ ②被認定者氏名	カンキョウ タロウ 環境 太郎	③被認定者の生年月日	男 明治 大正 昭和 平成 令和 15 年 5 月 15 日
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ		
④被認定者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310		
⑤認定疾病名	①. 中皮腫 ②. 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		
⑥認定疾病に係る療養を開始した日	(西暦) × × × × 年 5 月 10 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 後期高齢者医	被保険者本人等別	保険者の名称
⑧保険医療機関等以外の医療を受けた理由	病院間での転院等で寝台自動車を利用するなど保険の対象となる移送費があった場合は記入してください。請求には受診等証明書の⑧の欄に記載があること、及び領収書の原本の提出が必要となります。 (注) タクシー代や電車代などの交通費ではありません。		
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			
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)	168,380 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	25,250 円		
⑬合計金額(⑩+⑫)	143,130 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。

高額の療養費の支給を受けている場合は、記入してください。また、記入がある場合でも機構が高額療養費の支給額を確認しますので、同意書を提出してください。

法律第 4 条第 1 項の規定により、受診等証明書を提出し、必要書類を添えて請求します。  
 環境 花子

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)

銀行等		振込先	
振込先金融機関名	銀行・信金・農協・漁協・その他	支店	
口座番号	普通当座 口座番号	口座番号	
フリガナ		フリガナ	
口座名義		口座名義	

振込を希望する金融機関については、「未支給の医療費等の請求書」にご記入いただきますので、この欄に記入する必要はありません。

(注) 太枠内を記入して下さい。

(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です。

(注) 貯蓄預金は取り扱っていません。

⑨ 「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」  
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

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	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 TEL 044-○○○		
種類	後期高齢者医療		
番号	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-○○○○ 神奈川県横浜市××区××町×-× TEL 045-○○○-○○○○		

保険証等を見ながら記入してください。  
例は、被認定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。

ご加入の健康保険の種類を記入してください。

後期高齢者医療の場合は不要です。

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。

※ 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○○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 花子

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

### (3) 救済給付調整金の請求（給付内容は7ページ（3））

救済給付調整金を請求しようとするご遺族は、「救済給付調整金請求書」（様式第17号）に必要事項を記入し、必要な添付書類を添えて機構へ提出してください。記載方法は21ページの⑦「救済給付調整金請求書」記載例を参考にしてください。

#### ①救済給付調整金を請求できるご遺族の方

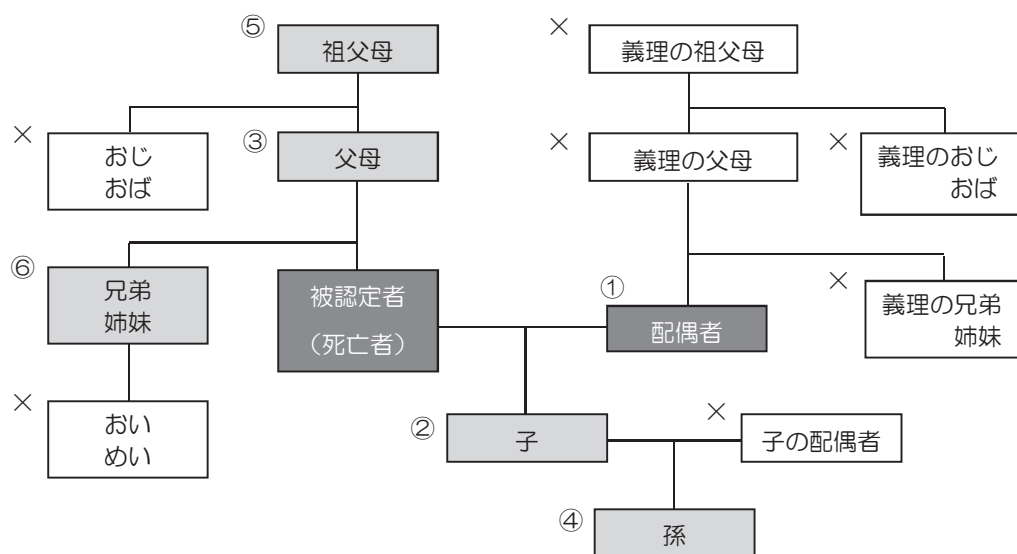
死亡した被認定者の配偶者・子・父母・孫・祖父母又は兄弟姉妹であって、被認定者の死亡当時、**生計を同じくしていた方**が請求を行うことができます。（配偶者には事実上婚姻関係と同様の事情にあった人を含みます。）

なお、生計を同じくしていたことの証明については、13ページの（例）をご参照ください。

#### ②請求の順位

請求の順位は下図の順序によります。また、**先順位者が生存し、かつ生計を同じくしていた場合、後順位の方は請求できません。**

なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った支給は、全員に対して支給したこととなります。二重請求や分割支給はできません。



①～⑥の番号が請求順位です。

×の付いている方は、請求権がありません。

### ③請求に必要な書類

請求にあたっては、下記「添付書類」欄を参考にして、必要な書類を添えて提出してください。救済給付調整金を請求される方が、添付書類を葬祭料等の請求書に添付されているときは省略できます。その旨を救済給付調整金請求書の余白にご記入ください。

項目	添付書類
救済給付調整金請求書 (手続様式 17号)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被認定者の死亡の事実及び死亡年月日並びに認定疾病に起因して死亡したことを証明することができる書類（<b>死亡診断書の写し</b>・死体検案書の写しなど）</li> <li>・請求者と死亡した被認定者との身分関係を証明することができる<b>戸籍の謄本</b>又は抄本※1、2（謄本・抄本とも続柄の記載されたもの）</li> <li>・請求者が死亡した被認定者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類〔消除者（死亡した被認定者）を含む世帯全員の住民票※2《これを入手できない場合は、確定申告の控え（収受印のあるもの）・源泉徴収票・健康保険証の写し・民生委員の証明書など》〕</li> <li>・請求者が被認定者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類〔<b>被認定者の住民票除票※2</b>と<b>請求者の住民票※2</b>、又は消除者（死亡した被認定者）を含む世帯全員の住民票※2《これらを入手できない場合は、戸籍の附票※2・確定申告の控え（収受印のあるもの）・源泉徴収票・健康保険証の写し・民生委員の証明書など》〕</li> </ul>

※1 戸籍の謄本又は抄本で、請求者が請求権最優先順位者であるかどうかを確認します。配偶者の場合は婚姻関係を、請求順位が子以下の方の場合は、請求順位が上位である配偶者等の不在（死亡や離縁等）も確認しますので、そのことがわかる戸籍謄本をご提出ください。（請求できる順位は 18 ページ参照）

※2 戸籍の謄本、抄本、住民票及び戸籍の附票は、役所から交付されたものをご提出ください（コピーは無効）。

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。

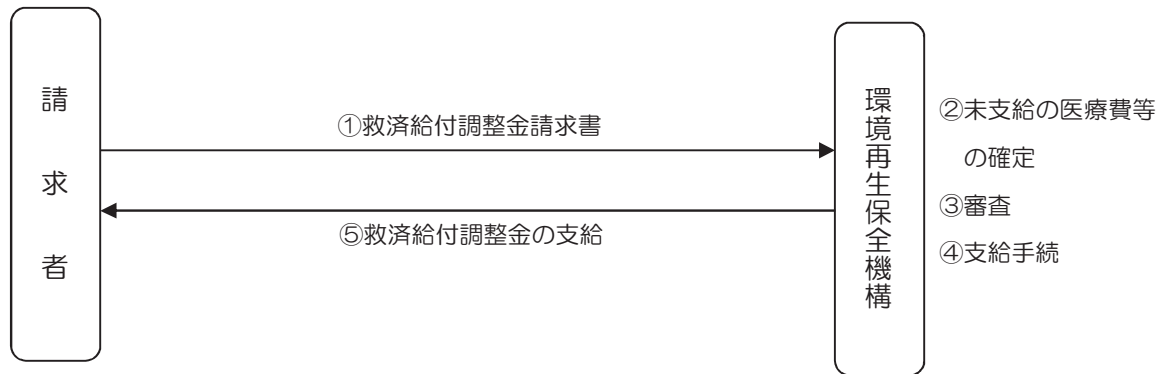
### ④救済給付調整金の決定及び給付

機構は、提出された「救済給付調整金請求書」及びその添付資料について、既に支給した医療費、療養手当の額等を確認、給付の可否を決定し、請求したご遺族に書面で通知します。支給決定された方については、給付決定額を請求者指定の口座に振り込みます。（なお、機構が医療機関に支払う医療費の額の確定は、医療を受けた月から2ヶ月後になりますので、救済給付調整金の審査はそれ以降になります。）

⑤請求できる期間

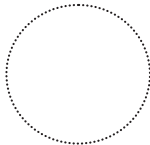
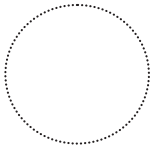
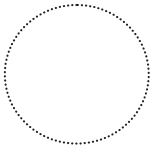
救済給付調整金を機構に対し請求できる期間は、被認定者が認定疾病に起因して死亡した日の翌日から2年以内です。

⑥請求から支給までの流れ



⑦「救済給付調整金請求書」記載例

- ・請求者に間違いがないか、また記入漏れがないかご確認ください。
- ・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17号(施行規則第18条関係)  
 石綿による健康被害の救済に関する  
**救済給付調整金請求書**

石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

申請・請求書番号				①手帳番号	××××××
フリガナ	カンキョウ ハナコ			③請求者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 20年 7月 27日 令和
②請求者氏名	環境 花子	男(女)			
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地 TEL 044-520-××××				
⑤請求者の被認定者等(被認定者又は申請中死亡者)との身分関係	①.配偶者		2.事実婚	3.子	4.父母
	5.孫		6.祖父母	7.兄弟姉妹	
フリガナ	カンキョウ タロウ			⑦被認定者等の生年月日	明治 大正 昭和 平成 15年 5月 15日 令和
⑥被認定者等氏名	環境 太郎		男(女)		
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ				
⑧被認定者等が死亡の当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地				
⑨認定申請に係る疾病名	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				
⑩被認定者等の死亡年月日	平成・令和 ××年 7月 1日				
⑪被認定者等が死亡の当時診療を受けていた医療機関	医療機関名:××病院 〒×××-×××× ××県××市×××				

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23条第2項の規定による救済給付調整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 7月 8日      請求者氏名 環境 花子

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) いずれかに必ず○をつけてください。 (ください。)

振込先金融機関名	銀行等		ゆうちょ銀行			
	○ ○ ○ 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	カンキョウ ハナコ		フリガナ			
口座名義	環境 花子					

振込先の銀行名・口座番号など所定の必要事項を正確に記入してください。フリガナも忘れずに記入してください。

(注) 預貯金口座の口座名義について、請求者(注) 貯蓄預金は取り扱っていません。

請求金額	ア 特別遺族弔慰金の給付金	イ 医療費	ウ 療養手当	摘要
	2,800,000円	円	円	
	エ 今回分未支給の医療費	オ 既支給分未支給の医療費等	請求額(ア-イ-ウ-エ-オ)	
		円	円	

振込先の金融機関口座は、請求者本人名義の口座をご指定ください。

署名欄は請求者(本人)の氏名をご記入ください。



(4) 未支給の医療費等及び救済給付調整金の支給例

① 認定後にお亡くなりになった方のご遺族の場合

■ 未支給の医療費 と 救済給付調整金 の双方を支給する例

← 特別遺族弔慰金の額 280 万円 →		
280 万円 との差額 30 万円	未支給の医療費等  被認定者がお亡くなりになった後にご遺族が支給を受ける未支給の医療費、療養手当 50 万円	被認定者が支給を受けた 医療費・療養手当 200 万円  医療費には被認定者が石綿健康被害医療手帳を提示することにより機構が医療機関に対し直接支払った額を含みます。
← 救済給付調整金を支給	← 未支給の医療費等を支給	← 既支給額 200 万円 →

■ 未支給の医療費等 のみ支給する例

← 特別遺族弔慰金の額 280 万円 →	
未支給の医療費等  被認定者がお亡くなりになった後にご遺族が支給を受ける未支給の医療費、療養手当 60 万円	被認定者が支給を受けた 医療費・療養手当 240 万円  医療費には被認定者が石綿健康被害医療手帳を提示することにより機構が医療機関に対し直接支払った額を含みます。
← 未支給の医療費等 60 万円を支給	← 既支給額 240 万円 →

支給合計額が 280 万円を超えるため、救済給付調整金は支給されません。

② 認定申請中にお亡くなりになり、認定を受けることができる者であると決定されたご遺族の場合

■ 未支給の医療費等 と 救済給付調整金 の双方を支給する場合

← 特別遺族弔慰金の額 280 万円 →	
280 万円 との差額 30 万円	未支給の医療費等 療養開始日～お亡くなりになった日までの医療費、療養開始日の属する月の翌月からお亡くなりになった日の属する月までの療養手当 250 万円
← 救済給付調整金を支給	← 未支給の医療費等 250 万円を支給

■ 未支給の医療費等 のみ支給する例

← 特別遺族弔慰金の額 280 万円 →	
未支給の医療費等 療養開始日～お亡くなりになった日までの医療費、療養開始日の属する月の翌月からお亡くなりになった日の属する月までの療養手当 300 万円	
← 未支給の医療費等 300 万円を支給	

支給合計額が 280 万円を超えるため、救済給付調整金は支給されません。



### Ⅲ 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、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

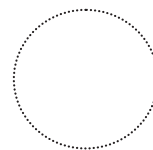
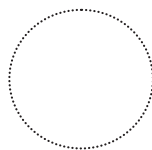
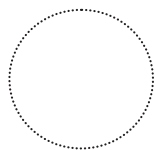
「他の法令による給付等の受給届」に必要な事項を記入し、必要な添付書類を添えて機構へ提出してください。記載方法は 24 ページの (4) 「他の法令による給付等の受給届」記載例を参照してください。

##### (3) 届出にあたって必要な書類

項 目	添 付 書 類
他の法令による給付等の受給届 (手続様式第 19 号)	支給決定通知書のコピー (金額のわかる部分を含む)

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。

(4) 「他の法令による給付等の受給届」 記載例



手続様式第 19 号(施行規則第 20 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する  
他の法令による給付等の受給届

機構受付印 保健所等受付印  
石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は手帳番号を記入してください。

届出書番号			①手帳番号	××××××	
② 救済給付を受け、又は受けようとする者	フリガナ	カンキョウ ハナコ	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 20年 7月 27日 令和
	氏名	環境 花子			
	フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ			
住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
③ 被認定者	フリガナ	カンキョウ タロウ	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 15年 5月 15日 令和
	氏名	環境 太郎			
	フリガナ	クオオミヤチョウ			
住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310 番地 TEL 044-520-××××				
④ 支給される他の法令	法令の名称	給付種類等	金額 (年金の場合は年額)	給付決定日	
	労災	葬祭料	×××円	×年 ×月 ×日	
	労災	遺族補償年金	×××円	×年 ×月 ×日	
	労災	休業補償給付	×××円	×年 ×月 ×日	
			円	年 月 日	

労災等の支給決定内容をよくご確認の上ご記入ください。また、支給決定通知書のコピーを必ず添付してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第 20 条の規定により上記のとおり届出します。

令和 ××年 7月 8日 届出者氏名 環境 花子

(注)太枠内を記入して下さい。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

- この届出をする場合には、他の法令による支給決定通知書のコピーを添付してください。
- 記入にあたって、②と③が同一の場合には③を省略しても差し支えありません。

## 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

「損害てん補届」に必要な事項を記入し、必要な添付書類を添えて機構へ提出してください。「損害てん補届」が必要な場合は、被認定者専用フリーダイヤル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。)

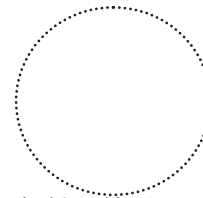
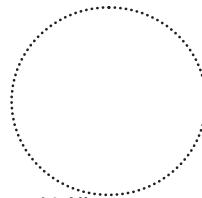
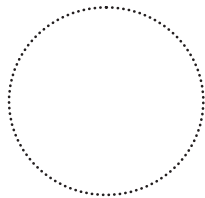


次のページからの書類は  
各種届出及び請求にあたって  
ご使用ください。  
ミシン目で切り離せます。

#### IV 各種手続様式

- 死亡届
- 石綿健康被害医療手帳返還届
- 葬祭料請求書
- 未支給の医療費等の請求書
- 救済給付調整金請求書
- 他の法令による給付等の受給届
- 医療費請求書
- 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
- 療養を開始した日の具体例
- 受診等証明書記載例（病院の方向け）
- 受診等証明書記載例（薬局の方向け）
- 受診等証明書





機構受付印

保健所等受付印

手続様式第7号(施行規則第7条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

### 死亡届

届出書番号		①手帳番号	
フリガナ		②届出者の氏名	男・女
③届出者の生年月日		明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
フリガナ		④届出者の住所	〒
TEL			
⑤被認定者との身分関係		1. 同居の親族 2. 同居していない親族 3. 同居者 4. 家主 5. 地主 6. 家屋管理人 7. 土地管理人 8. 公設所の長	
フリガナ		⑥被認定者の氏名	男・女
⑦被認定者の生年月日		明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
フリガナ		⑧被認定者が死亡の当時有していた住所	〒
TEL			
⑨被認定者の死亡年月日		平成・令和	年 月 日
⑩被認定者の死亡原因			

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第7条の規定により、上記のとおり届出します。

令和 年 月 日 届出者氏名
----------------

(注)太枠内を記入してください。

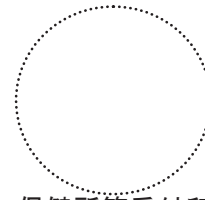
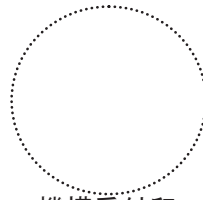
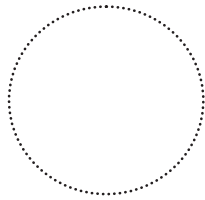
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

#### 【注意事項】

被認定者が死亡したときは、この届出と併せて石綿健康被害医療手帳返還届(手続様式第9号)を提出するとともに、石綿健康被害医療手帳についても返還してください。







機構受付印

保健所等受付印

手続様式第9号(施行規則第9条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律  
石綿健康被害医療手帳返還届  
(治ゆ・死亡・その他)

届出書番号		①手帳番号	
フリガナ		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	男・女		
フリガナ			
④被認定者の 住所	〒	TEL	
⑤認定疾病名	1. 中皮腫 2. 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		
⑥返還事由	1. 認定疾病が治ったため 2. 被認定者が死亡したため 3. 認定の有効期間が満了したため 4. 認定の取消しを受けたため 5. 医療費について損害のてん補を受け又は他の法令で医療費に相当する給付を受けること なったため 6. その他( )		
⑦返還事由の発生日	平成・令和 年 月 日		

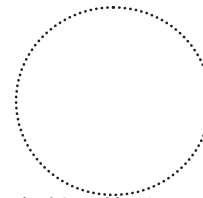
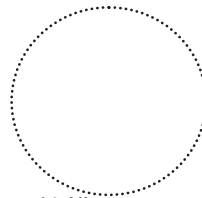
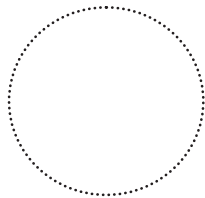
石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第9条の規定により石綿健康被害医療手帳を返還  
します。

令和 年 月 日 届出者氏名
----------------

(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





機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 15 号(施行規則第 16 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 葬祭料請求書

申請・請求書番号			①手帳番号		
フリガナ		男・女	③請求者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
②請求者氏名					
フリガナ					
④請求者の住所	〒	TEL			
⑤被認定者との身分関係	1. 配偶者 2. 事実婚者 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹 8. その他( )				
フリガナ		男・女	⑦被認定者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
⑥被認定者氏名					
フリガナ					
⑧被認定者が死亡の当時有していた住所	〒	TEL			
⑨認定疾病名	1. 中皮腫 2. 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				
⑩被認定者の死亡年月日	平成・令和 年 月 日				
⑪葬祭を行う又は行った年月日	平成・令和 年 月 日				

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 19 条第 1 項の規定による葬祭料の支給を受けたく、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。）

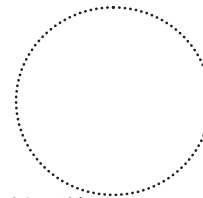
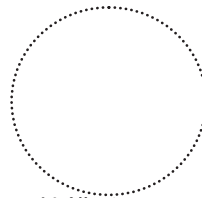
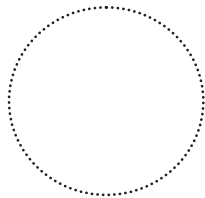
銀行等		ゆうちょ銀行				
振込先金融機関名	銀行・信金・農協・漁協・その他 支店	通帳記号	1			0 の
口座番号	普通 口座番号 当座	通帳番号				
フリガナ		フリガナ				
口座名義		口座名義				

(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。





機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 14 号(施行規則第 15 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 未支給の医療費等の請求書

申請・請求書番号			①手帳番号		
フリガナ		男・女	③請求者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
②請求者氏名					
フリガナ	〒				
④請求者の住所	TEL				
⑤支給前死亡者との身分関係	1. 配偶者 5. 孫		2. 事実婚者 6. 祖父母		3. 子 7. 兄弟姉妹
フリガナ		男・女	⑦支給前死亡者の生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
⑥支給前死亡者氏名					
フリガナ	〒				
⑧支給前死亡者が死亡の当時有していた住所	TEL				
⑨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		
⑩死亡年月日	平成・令和	年 月 日	⑪未支給の医療費等の種類	1. 医療費 2. 療養手当	

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 18 条第 1 項の規定による未支給の医療費等の給付を受けたく、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 口座番号 当座	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。

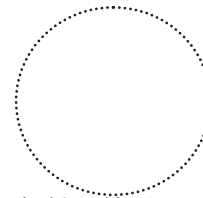
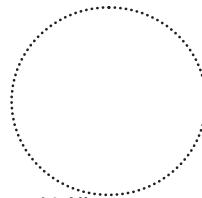
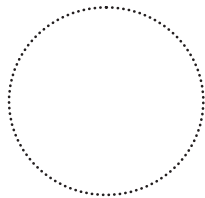
(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

給付の種類及び金額	ア. 医療費( )円、イ. 療養手当( )円	計( )円
-----------	------------------------	-------

## 【記入上の注意】

- 「手帳番号」は、石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は、手帳に記載されている番号を記入してください。
- 「⑪未支給の医療費等の種類」は当該請求書で請求する未支給の医療費等をすべて選択してください。





機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 17 号(施行規則第 18 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 救済給付調整金請求書

申請・請求書 番号			①手帳番号		
フリガナ		男・女	③請求者の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
②請求者 氏名					
フリガナ					
④請求者の 住所	〒		TEL		
⑤請求者の被認定者との身分関係	1. 配偶者 5. 孫		2. 事実婚者 6. 祖父母		3. 子 7. 兄弟姉妹
フリガナ		男・女	⑦被認定者 の 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
⑥被認定者 氏名					
フリガナ					
⑧被認定者が死亡の当時有してい た住所	〒				
⑨認定申請に 係る疾病名	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		
⑩被認定者の死亡年月日	平成・令和		年 月 日		
⑪被認定者が死亡の当時診 療を受けていた医療機関	医療機関名: 〒				

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 23 条第 2 項の規定による救済給付調整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
----------	-------

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。

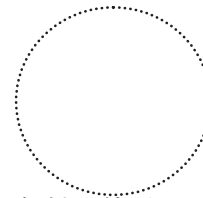
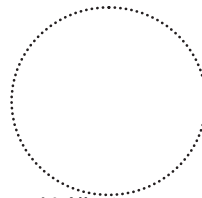
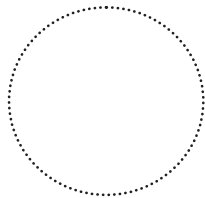
(注)預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能となります。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

請求金額	ア 特別遺族弔慰金の額	イ 医療費	ウ 療養手当	摘要
	2,800,000円	円	円	
	エ 今回分未支給の医療費等	オ 既支給分未支給の医療費等	請求額(ア-イ-ウ-エ-オ)	
	円	円	円	







機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 19 号(施行規則第 20 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

他の法令による給付等の受給届

届出書番号		①手帳番号			
② 救済給付を受け、又は受けようとする者	フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名				
	フリガナ	〒 TEL			
③ 被認定者	フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名				
	フリガナ	〒 TEL			
④ 支給される他の法令の規定による給付	法令の名称	給付種類等	金額		給付決定日
			円		年 月 日
			円		年 月 日
			円		年 月 日
			円		年 月 日

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第 20 条の規定により上記のとおり届出します。

令和 年 月 日 届出者氏名
----------------

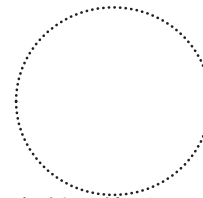
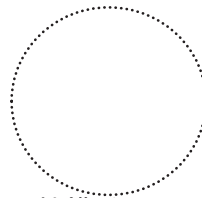
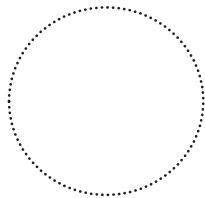
(注)太枠内を記入してください。

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

【注意事項】

1. この届出をする場合には、他の法令による支給決定通知書のコピーを添付してください。
2. 記入に当たって、②と③が同一の場合には③を省略しても差し支えありません。





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			③被認定者の生年月日	明治	大正
②被認定者氏名	男・女			昭和	平成
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(受診等証明书中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	普通口座番号	当座	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、組管管掌健康保険、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



## 病院・薬局等の方に見せてください。

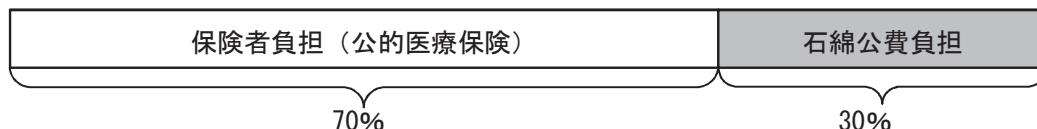
保険医療機関等（病院・薬局等）の方へ

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。

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、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚）及びその続発症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）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。

公費負担対象医療（認定疾病やその続発症）

例）一般の場合



（注）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

医療費の支給の請求をせずに死亡した被認定者の方の死亡前の医療費の扱い

- 認定の効力は、※療養を開始した日（その日が認定の申請をした日の3年前の日より前である場合には、認定申請のあった日の3年前の日。以下「基準日」という。）までさかのぼります。基準日から医療手帳を交付する前の日まで自己負担していた医療費については、「医療費請求書」（ご遺族記入）に「受診等証明書」を添えて死亡した被認定者のご遺族が機構に対し請求し、償還払いとして支払われます。

- 病院・薬局等の皆様には、「受診等証明書」の作成にご協力をお願いいたします。

※療養を開始した日とは認定疾病の療養を開始した日を行い、保険医療機関等において健康保険法第 63 条第 1 項の療養の給付を開始した日です。

### <注意事項>

- 認定疾病及びその続発症にかかる医療のみが支給対象となります。遺伝性疾病、歯科診療、正常分娩にかかる産科診療、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医療の支給対象にはなりません。
- 労働者災害補償保険法等から認定疾病について医療に関する給付を受ける場合は、機構はその給付の限度において、支給しないこととなっております。

### <お問い合わせ先>

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

川崎市幸区大宮町 1310 ミューザ川崎セントラルタワー9F

電話 044-520-9617 ホームページ <https://www.erca.go.jp>

石綿救済

検索







※「受診等証明書」を記入していただく病院等にお持ちください。

### ○療養を開始した日の具体例

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

「療養を開始した日」とは認定疾病について健康保険法第63条第1項等に規定される療養の給付が開始された日をいい、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です。

受診等証明書（手続様式第11号）に記載する「⑤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、増悪してきたため令和X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。

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：令和X年5月22日

手続様式第11号（第12条関係）	
石綿による健康被害の救済に関する法律	
受診等証明書	
	～略～
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	令和X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（当院初診は令和W年1月18日）。以前より胸膜プラークを指摘されていた。令和X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。

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：令和X年11月7日

#### 例3-1：検診から診断に至った場合

当院における令和X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。

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：令和X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令和X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。

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：令和X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、令和W年より当院内内分泌代謝科に通院。令和X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。

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：令和X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

令和X年6月26日の卵巣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。

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：令和X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

令和X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：令和X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：令和X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：令和X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」にご本人が記入します。

請求者記入「医療費請求書」

⑥認定疾病に係る療養を開始した日：令和X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令和X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。精労感を訴えており、他院を受診していた様子だったとのことだが、詳細不明。

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：令和X年9月15日

石綿による健康被害の救済に関する法律  
受診等証明書

病院用

申請・請求書番号		手帳番号	
フリガナ ①受診者氏名	カンキョウ タロウ 環境太郎	男・女	②受診者の生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和 XX年 X月 X日
フリガナ ③受診者の住所	認定された疾病の名称及びそれに付随する疾病(いわゆる「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。)		貴院における認定疾病に係る療養を開始した日を記入してください。 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)XXXX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。		
⑦当該証明に係る保険医療費	症状・経過も併せて記入してください。	自己負担額	
		入院	入院外
	1,086,910 円	199,850 円	68,510 円
		調剤(院外)	④自己負担額合計
		円	268,360 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		268,360 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦)XXXX年 5月 22日分 ~ (西暦)XXXX年 8月 31日分		

上記のとおり、認定の申請	当該証明に係る期間は、療養を開始した日(※参照)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。	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。
令和 X年〇〇月	※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。	TEL
医療機関の名称	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。	
住所 〒XXX-XX		
開設者又は		

(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。したがって、通常の受診のためのタクシー代などは含まれません。

(例)  
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			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)XXXX年 5月分	5/22～5/30 354,060円	5/24～5/30 94,670円 (食)7,560円	5/22 11,550円		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、( )内にご記入ください。
(西暦)XXXX年 6月分	6/3～6/25 584,680円	6/10～6/25 82,860円 (食)14,760円	6/3 750円 6/4 210円 6/5 11,550円		
(西暦)XXXX年 7月分	7/12～7/24 148,170円	( )	7/12 10,440円 7/24 34,010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 月分					
保険医療費の総額10割分の金額をご記入ください。(レセプト点数×10円)		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)をご記入ください。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公費負担します。			
年 月分		( )			
年 月分					
年 月分		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、その他公費の適用がある場合は、欄外にその旨の記入をお願いします。			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
年 月分		( )			
合計金額	1,086,910円	※ 199,850円	68,510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

※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。

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ご記入ください。

本件証明書に関する照会先：〇〇病院 医事課 担当者名

TEL：044-xxx-xxxx

### 【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

薬局用

申請・請求書番号		手帳番号	
フリガナ	カンキョウ タロウ		②受診者の生年月日
①受診者氏名	環境太郎	男/女	明治 大正 昭和 平成 令和 XX年 X月 X日
フリガナ	△△△△△△△△△△△△△△△△△△		当該薬局において、初めて認定疾病にかかる薬を処方した日を記入してください。
③受診者の住所	〒xxx-xxxx ○○○○○	TEL ○○-○○○○-○○○○	
④当該証明に係る疾病名	中皮腫	疾病名が不明の場合、処方せん元の病院に確認して記入していただくか、患者様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。	定の申請に係る療 日 (西暦)XXXX年 6月 5日
⑥医療の内容	薬剤の支給	確認できない場合は、「○○病院からの処方せん」とご記入ください。	裏面の最下段の合計欄から書き写してください。
⑦当該証明に係る保険医療費	総額	自己負担額	
	39,650 円	入院 円	入院外 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			11,900 円
⑩当該証明に係る期間	(西暦)XXXX年 6月 5日分 ~ (西暦)XXXX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 X年 X月 XX日
医療機関の名称 □□○○薬局
住所 〒XXX-XXXX ○○○○○○○○○○○○ TEL ○○-○○○○-○○○○
開設者又は管理者の氏名 境 塚機郎

(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。したがって、通常の受診のためのタクシー代などは含まれません。

切り取り線

## 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)XXXX年 6 月分	10,050 円	( )		6/5 3,020 円	
(西暦)XXXX年 7 月分	29,600 円	( )		7/12 4,040 円 7/25 4,840 円	
年 月分	保険医療費の総額10割分の金額をご記入ください。 (レセプト点数×10円)			月内の処方日と被認定者の自 己負担額を記入して下さい。	
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	39,650 円	円	円	11,900 円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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。

ご担当者様のお名前及びご連絡先を  
ご記入ください。

本件証明書に関する照会先: □□○○薬局 担当者名

TEL: xx-xxxx-△△△△

### 【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	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
①受診者氏名					
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 円	自己負担額			④自己負担額合計 円
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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
    - 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
①受診者氏名					
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 円	自己負担額			④自己負担額合計 円
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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 円	自己負担額		
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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 円	自己負担額		
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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 円	自己負担額		
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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
    - 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
①受診者氏名					
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 円	自己負担額			④自己負担額合計 円
		入院 円	入院外 円	調剤(院外) 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㊸自己負担額合計へ転記			表面⑧の㊹ 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:

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)

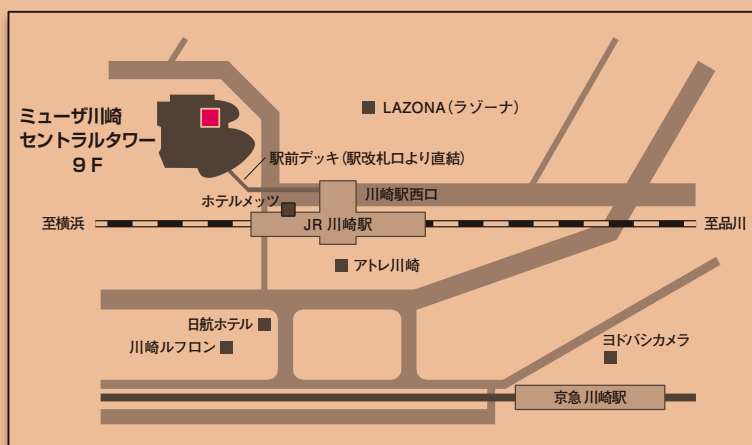
〒212-8554

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 (A)  
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。