

## 石綿（アスベスト）健康被害救済制度 認定申請の手引き

《 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ご療養中の方 《

石綿健康被害救済制度では、指定疾病（① 中皮腫、② 石綿による肺がん、③ 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、④ 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚）にかかりご療養中の方で、労災補償等の対象とならない方に医療費などの救済給付が支給されます。

独立行政法人 環境再生保全機構（以下「機構」といいます。）に申請をして認定を受けることにより（※1）、下記の給付を受けることができます。

- ・ 医療費： 自己負担分（※2）
- ・ 療養手当： **103,870 円／月**

（※1）認定・不認定の決定に当たっては、医学的判定などの審査があります。

（※2）認定後に発行される「石綿健康被害医療手帳」を医療機関の窓口で提示することにより、指定疾病の治療にかかる医療費は医療機関から機構に請求されることとなります。また、手帳発行前の医療費を、療養開始日まで（申請があった日から最大3年前まで）さかのぼって機構に請求することができます。（なお、療養開始日は、指定疾病によって著しい呼吸機能障害を認めた日となります。）

### お問い合わせ先



独立行政法人  
環境再生保全機構

アスベスト  
石綿救済相談ダイヤル



0120-389-931

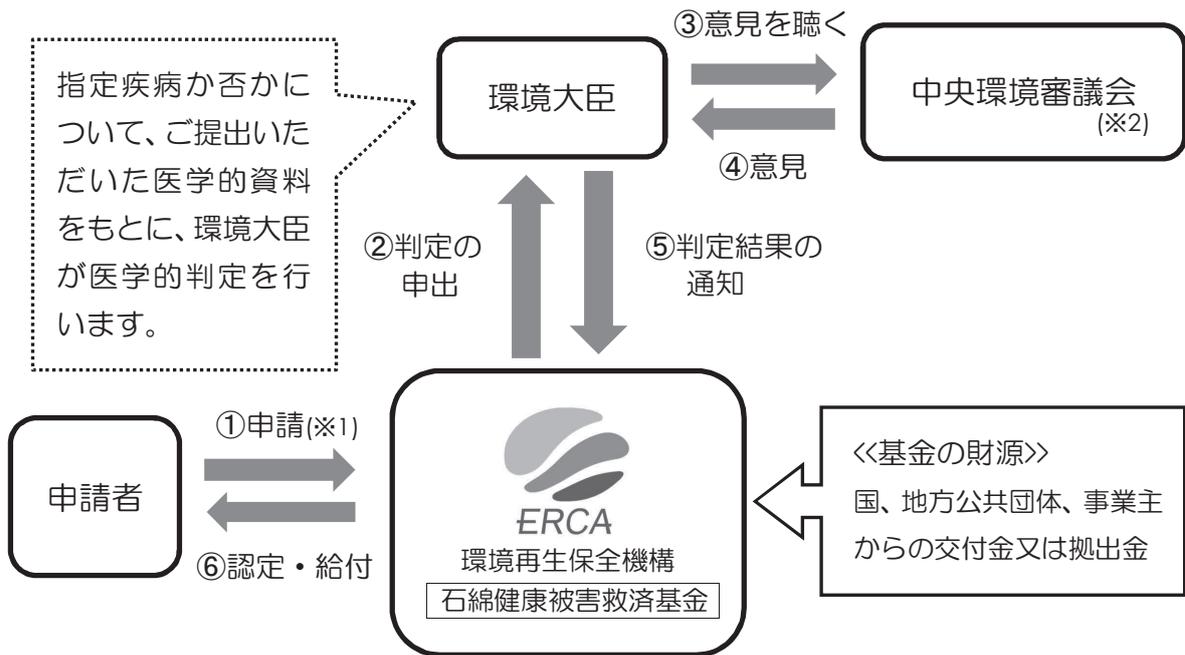
さあはやく きゅうさい

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）



## ○ 救済制度のしくみ



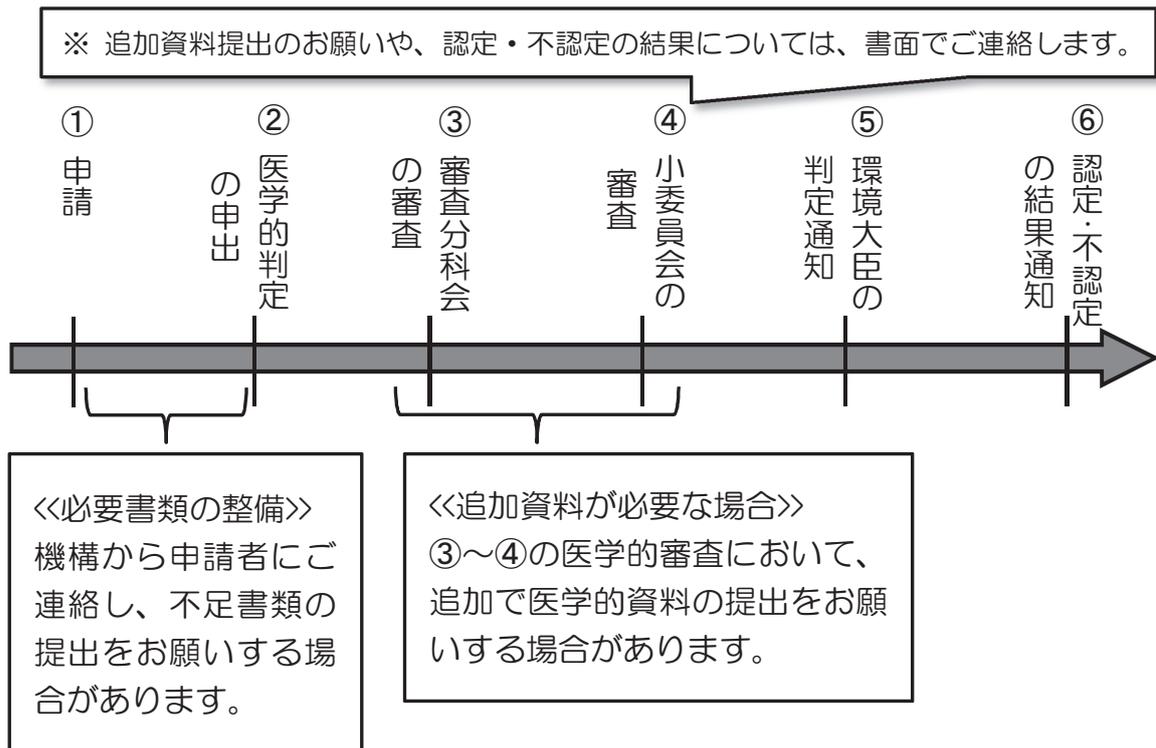
(※1) 郵送により機構に直接申請いただけるほか、各地の保健所、環境省の地方環境事務所においても受け付けています。

(※2) 中央環境審議会の石綿健康被害判定小委員会において医学的判定の調査審議が行われます。

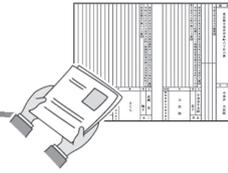
(※3) 建設アスベスト給付金制度認定済みの方については、医学的判定を行わない場合があります。

## ○ 認定までの流れ

環境大臣の医学的判定を経る必要があるため、申請から認定などの結果通知まで、最短でも3ヶ月ほどお時間をいただきます。

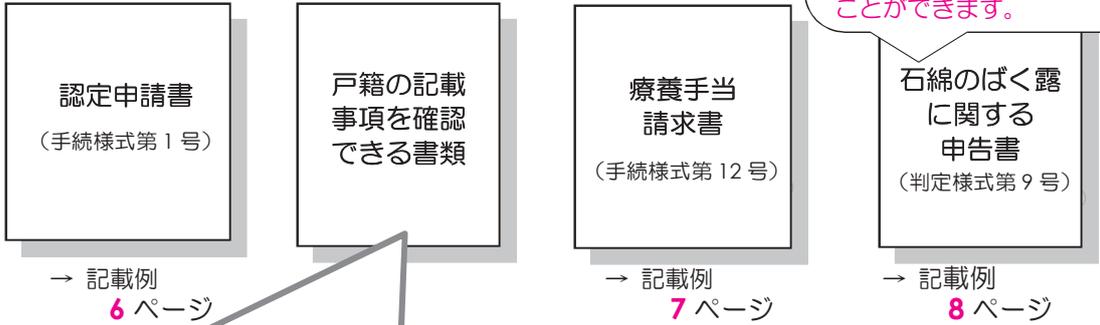


## ○ ご提出いただく書類



年金加入記録、会社の職歴証明書、同僚などによる証明、作業記録、健康診断記録など、石綿ばく露について確認できる資料があればご提出ください。なお、※ 建設アスベスト給付金制度認定済みの方は、本資料を省略して請求いただくことができます。

### ● 申請書類



#### 戸籍の記載事項を確認できる書類 (ご本人様を確認できる書類)

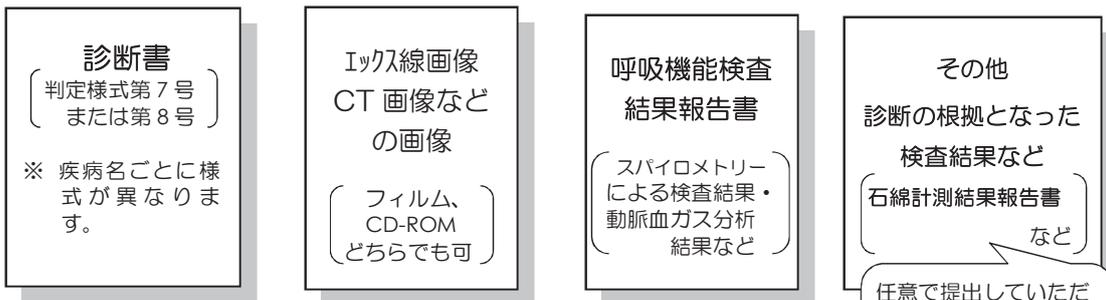
- いずれか一つ
- ・住民票の写し (外国籍の方は在留資格が記載されたもの)
  - ・戸籍の抄本

- ※ コピーではなく、自治体から交付された原本を提出してください。住民票の写しは、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。
- ※ 戸籍記載事項証明書 (手続様式第2号)  
戸籍の記載事項を確認できる書類として、「住民票の写し」及び「戸籍の抄本」の代わりに、本証明書をご提出いただくことも可能です。自治体 (本籍のある自治体) によっては、無料で証明を行っています。



※ 建設アスベスト給付金制度認定済みの方は、医学的資料を省略して請求いただくことができます。

### ● 医学的資料 (主治医とご相談のうえ、下記の書類をご提出ください)



※ 一時点の画像からは判定ができないケースもあります。

過去に撮影した画像 (撮影間隔の目安は1~2年程度です)、またHRCT又はTSCTは有用な情報となりますので、撮影している場合には提出をお願いします。

※ 主治医にご相談の際には、別冊の「医師・医療機関等の皆様へ~石綿健康被害者の救済へのご協力をお願い~」をお渡しください。

※ 医学的資料の作成費用は、申請者の方のご負担となります。

任意で提出していただく資料です。主治医の判断で資料を添付してください。

## ○ 医学的判定の考え方

### 1. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺

①～④全てを満たす場合に「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」とであると認められます。大量の石綿へのばく露歴、画像所見、呼吸機能検査結果といった情報をもとに総合的に判定します。

#### ① 大量の石綿ばく露があること

石綿ばく露作業への従事状況等から大量の石綿ばく露があったかを確認します。従事状況等が明らかでない場合には、石綿小体計測結果等から総合的に評価します。

#### ② 胸部エックス線画像で、じん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見があること

補助的に胸部CT画像（特にHRCT又はTSCT）を活用して、石綿肺としての特徴（小葉中心性に分布する粒状影など）を有しているかどうかを慎重に検討することが必要です。

#### ③ 著しい呼吸機能障害があること

呼吸機能検査の結果、以下の（a）から（c）のいずれかの場合に、著しい呼吸機能障害があると判定されます。

(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、これらの基準にかかる正常予測値については、日本呼吸器学会（2001年）の肺活量予測式及び1秒量予測式を用います。

#### ④ 他疾患との鑑別ができること

石綿以外の原因によるびまん性間質性肺炎・肺線維症等との鑑別が必要です。また、胸部CT画像（特にHRCT又はTSCT）を活用して数年間の経過をみて判断されていることが必要です。

## 2. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

①～④全てを満たす場合に「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」とであると認められます。大量の石綿へのばく露歴、画像所見、呼吸機能検査結果といった情報をもとに総合的に判定します。

① 大量の石綿ばく露（石綿ばく露作業への従事期間が概ね3年以上）があること

石綿ばく露作業への従事状況等から大量の石綿ばく露があったかを確認します。

② 臓側胸膜に一定以上肥厚の広がりがあること

胸部エックス線画像及び胸部CT画像に、

◆ 片側のみ肥厚がある場合 → 頭尾方向に側胸壁の1/2以上

◆ 両側に肥厚がある場合 → 頭尾方向に側胸壁の1/4以上

胸膜プラーク等との鑑別に留意することが必要です。

ただし、胸水貯留のため胸部エックス線画像上に胸膜の肥厚を評価できない場合は、胸部CT画像上から、以下の(a)～(c)全てが確認できることにより、被包化胸水の所見が確認できるものとし、②を満たすと判断します。

(a) 胸水の不均一性

(b) 胸水貯留部のCrow's feet sign 又は 円形無気肺

(c) 胸水中のエアー 又は 胸水量の固定化 又は 胸郭容量の低下\*

※(c)については、「胸郭容量の低下」のみ認められる場合にあっては、概ね3か月以上の間隔で撮影された2つの胸部CT画像から胸水の量が変化していないと判断できる必要があります。

③ 著しい呼吸機能障害があること（石綿肺と同様です。）

④ 他疾患との鑑別ができること

感染症（細菌性膿胸、結核等）、膠原病、胸部手術後の後遺症等との鑑別が必要です。なお、胸水の検査（及びその際の血液検査）や胸膜生検を実施している場合には、その結果をあらかじめ提出することが望ましいとされています。

## ○ 救済制度以外の主な制度

お仕事で石綿を取り扱っていらっしゃった場合、労働者災害補償保険（労災保険）等から給付を受けることができる可能性があります。

労災保険等の給付メニューは、一般に救済制度よりも手厚い内容となっており、従事していた職業に応じて下表のとおり窓口が設けられています。

※ 労災保険等と救済制度に同時に申請を行うことはできますが、**両方の制度から給付を受けることはできません（建設アスベスト給付金制度についてはこの限りではありません）。**

### 救済制度以外の主な制度

職 業	担 当 機 関
会社員等 (労災保険特別加入者)	<b>労働者災害補償保険制度</b> 最寄りの労働基準監督署または労働局
船員	<b>船員保険制度</b> 全国健康保険協会 船員保険部 TEL：0570-300-800（公衆電話等からの利用不可） 03-6862-3060（通常電話料金）
元国鉄職員	<b>業務災害補償・石綿（アスベスト）対策等</b> (独) 鉄道建設・運輸施設整備支援機構 国鉄清算事業管理部 職員課 TEL：045-222-9567
国家公務員	<b>国家公務員災害補償制度</b> 勤務されていた省庁など
地方公務員	<b>地方公務員災害補償制度</b> 地方公務員災害補償基金（各支部）

※ 建設アスベスト給付金制度については、労災保険相談ダイヤルにお問合せください。  
TEL：0570-006031

## ○ 認定の申請中にご連絡いただきたいこと

申請者ご自身について下記のようなことがございましたら、機構までご連絡下さい。必要な手続きについて、ご説明させていただきます。

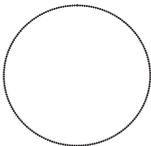
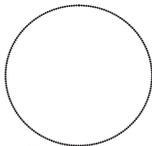
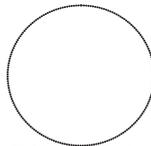
- 氏名・住所を変更したとき
- 労災保険等他の法令による給付を請求し、石綿による健康被害について認定されたとき
- 万が一、申請者ご自身がお亡くなりになったとき

※ お亡くなりになったときには、認定後に葬祭料（199,000 円）及び救済給付調整金（特別遺族弔慰金の額（280 万円）から当該認定疾病に関し支給された医療費及び療養手当の合計額を控除した金額）の給付を受けることができます。支給対象となるご遺族の範囲など、詳細は機構へお問い合わせください。

# <必要書類の記載例>

## (1) 認定申請書（手続様式第1号）記載例

巻末の手続様式第1号に必要事項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1号（施行規則第1条関係）  
石綿による健康被害の救済に関する法律  
**認定申請書**

申請書番号			
フリガナ	カンキョウ タロウ		
①申請者氏名	環境 太郎	男・女	②申請者の生年月日
			昭和 10年5月1日
フリガナ	カナガワケンカワサキシサイワイクオホシキ		
③申請者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町		
④認定申請に係る疾病名	1. 中皮腫 <input checked="" type="radio"/> 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		
⑤申請の際、日本国内に住所を有しない者にあつては、日本国内に住所を有していた期間	年 月 年 月 年 月		
⑥他の法令による石綿健康被害に関する給付	労働者災害補償保険に関する請求等状況	1. 請求予定 請求先 ( ) 労働者災害補償保険 請求時期 ○○年○○月 5. 請求予定なし	
	建築アスベスト給付金に関する請求等状況	1. 請求予定 2. 請求中 3. 認定済 請求時期 年 月 <input checked="" type="radio"/> 5. 請求予定なし	
	その他給付の種類（労働者災害補償保険以外に申請中の場合）	1. 元国鉄・石綿補償制度 3. 公務員災害補償制度	
⑦労働者災害補償保険の対象可能性がある場合の厚生労働省への申請情報の提供	労働者災害補償保険の対象となる可能性がある場合、住所、氏名、連絡先等の申請情報を厚生労働省に提供することについて希望されますか。		
⑧申請情報の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、申請時に提出された情報を匿名化した上で調査・研究等に活用することについて同意されますか。		
⑨がん登録等の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、がん登録等のデータベースに登録されている情報を調査・研究に活用することについて同意されますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		
⑩石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 有 ( 1. 係争中 2. 和解 3. 判決確定 4. 示談 )		
記入した年月日をご記入ください。 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2項の規定により、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかった旨の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者氏名 環境 太郎			
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿 ※「③申請者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。 〒106-0000 東京都港区六本木×丁目××-×× TEL03-0000-0000 ご本人が入院中、または手続きが困難な時などは、日中連絡のつく連絡先をご記入ください。 (申請者との続柄 娘 ) (注)太枠内を記入してください。			

3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 あるいは  
4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚  
のいずれかに○をつけてください。

労災保険等への請求状況について、いずれかに○をつけてください。請求中の場合には、請求をした労働基準監督署名、請求時期をご記入ください。

建設アスベスト給付金制度の請求状況について、いずれかに○をつけてください。認定済みの方は医学的資料を省略して請求いただくことができます。

申請者のご病気に関する情報を中皮腫等の診断・治療の向上のために利用することに同意いただける場合には、⑧⑨の「同意します」にチェックをお願いします。  
(同意の有無が審査に影響することはありません。)

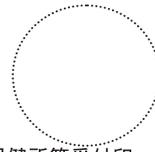
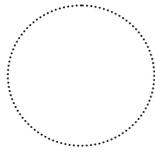
記入した年月日をご記入ください。

ご本人に未告知の場合、その旨をご記入ください。

ご本人が入院中、または手続きが困難な時などは、日中連絡のつく連絡先をご記入ください。

(注)太枠内を記入してください。

(2) 療養手当請求書（手続様式第 12 号）記載例  
 巻末の手続様式第 12 号に必要事項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 12 号（施行規則第 13 条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

療養手当請求書

申請書番号			①手帳番号		
フリガナ	カンキョウ タロウ		③請求者の 生年月日	明治 昭和 令和	大正 平成 10年 5月 1日
②請求者 氏名	環境 太郎	男			
フリガナ	カナガワケンカサワ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				
⑤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 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 あるいは 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 のいずれかに○をつけてください。				

記入した  
年月日  
をご記入  
ください。

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 16 条第 1 項の規定による療養手当の支給を受けたく、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	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	フリガナ				
口座名義	環境 太郎	口座名義				

(注) 太枠内を記入してください。

(注) 預貯金口座 振込を希望する金融機関（銀行等またはゆうちょ銀行のどちらか）の口座を記入してください。可能となります。

(注) 貯蓄預金 口座名義には、申請者の氏名をお書きください。フリガナも忘れずに記入してください。なお、申請者本人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、誤りがないか確認してください。

【注意事項】

認定の申請をした後、認定前に療養手当の請求を行う場合には、①は空欄としてください。既に認定を受けている方は、②～⑤について、請求者の氏名や認定申請に係る疾病名等に代えて、被認定者の氏名や認定疾病名等を記入してください。

(3) 石綿のばく露に関する申告書（判定様式第9号）記載例

巻末の判定様式第9号に必要事項を記入してください。

※ 建設アスベスト給付金制度認定済みの方は、本資料を省略して請求いただくことができます。

判定様式第9号

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
石綿のばく露に関する申告書

患者氏名	環境 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	明治 大正 10年 5月 1日 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 <input type="radio"/> 令和	( 78 才)
申請疾病または請求疾病	<input checked="" type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺		<input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚		

【職歴】 現在までの職歴を記入してください。  
※石綿のばく露の有無に関わらず、これまで従事してきた作業を全て記入してください。（欄は従事した期間が古い仕事の順に記入してください。）

石綿ばく露の有無に関わらず、これまで従事してきた作業を全て記入してください。

いずれかにし印をつけてください。

ご本人が行っていた仕事内容を具体的に記入してください。

従事した期間	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 33年 4月 <input type="radio"/> 昭和 平成 48年 3月	作業内容	番号	(具体的) (2)	ビルや工場の建築現場で鉄骨の梁に石綿を吹きつけていた。
会社名	(株)〇〇組	事業場の事業内容	建築工事業	事業場での石綿取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	〇〇県△△市□□町				

いずれかにし印をつけてください。

従事した期間	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 48年 4月 <input type="radio"/> 昭和 平成 55年 7月	作業内容	番号	(具体的) (7)	新造船のぎ装で機関室やボイラー周りの作業を行っていた。
会社名	(株)〇〇造船所	事業場の事業内容	造船業	事業場での石綿取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	〇〇県△△市□□町				

従事した期間	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 58年 4月 <input type="radio"/> 昭和 平成 20年 12月	作業内容	番号	(具体的) (18)	エレベーターの取り付け、保守・点検を行っていた。
会社名	(有)〇〇ビルメンテナンス	事業場の事業内容	機械設置事業	事業場での石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	〇〇県△△市□□町				

\*（注） どのような作業に従事していたか、番号を選んだ上で仕事の内容を記入してください。

(1) 石綿製品製造業	(7) 建築・建設関連作業	(13) セメント製品製造に関わる作業
(2) 石綿（石綿含有岩綿等）吹きつけ作業	(8) 石綿のある倉庫内の作業	(14) レンガ、陶磁器製造に関わる作業
(3) 配管・断熱・保温・ボイラー関連作業	(9) 港湾での作業	(15) 化学工場内の作業
(4) 解体作業	(10) 鉄鋼所及び鉄製品製造作業	(16) 清掃工場・廃棄物回収の作業
(5) 石綿原綿・石綿製品運搬業	(11) 自動車製造業・自動車整備工	(17) 車両（電車等）製造維持補修作業
(6) 造船所内の作業	(12) ガラス製品製造に関わる作業	(18) その他の作業

石綿のばく露に関する申告書（判定様式第9号）記載例 続き

判定様式第9号

【その他の情報】

①現在までの居住歴を記入してください。（1/\_\_\_枚目）

居 住 期 間	住 所	居住地付近の状況
明治 大正 昭和 10年 12月 平成 令和	大阪府大阪市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
～ 明治 大正 昭和 48年 3月 平成 令和		
明治 大正 昭和 48年 4月 平成 令和	兵庫県神戸市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	自宅が職場に近接していた。
～ 明治 大正 昭和 55年 7月 平成 令和		
明治 大正 昭和 55年 8月 平成 令和	神奈川県川崎市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
～ 明治 大正 昭和 25年 月 平成 令和		
明治 大正 昭和 年 月 平成 令和		
～ 明治 大正 昭和 年 月 平成 令和		
明治 大正 昭和 年 月 平成 令和		
～ 明治 大正 昭和 年 月 平成 令和		

②その他の石綿のばく露の機会について、心当たりがあれば記入してください。

※該当する口にレ点を付し具体的な状況を記入してください。

家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。  
 石綿に関する作業が、自宅で行われた。  
 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。  
 職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。  
 その他（ ）

(具体的な状況)

上記のとおり、申告します。

令和 ×年 ×月 ×日

記入者連絡先 神奈川県川崎市〇〇区〇〇町〇-〇-〇  
(電話番号) (044) 123-4567

記入者の方のお名前  
をご記入ください。

本人との関係 妻

記入者氏名 環境 花子

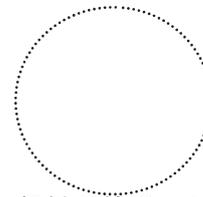
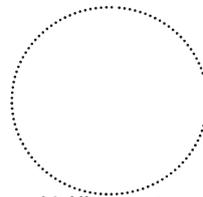
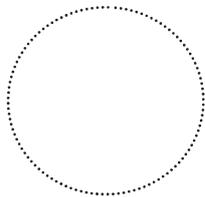
※本様式に記載の内容は、個人を特定できないように統計的処理を施した上で、環境省及び環境再生保全機構が実施する「被認定者に関する医学的所見等の解析及びばく露状況調査」等の調査事業に使用することがあります。

次のページからの書類を  
申請にあたって  
ご使用ください。

ミシン目で切り離せます。

申請書類は郵送などにより環境再生保全機構に直接  
ご提出いただけるほか、各地の保健所、環境省の地方  
環境事務所においても受け付けています。

- 認定申請書
- 戸籍記載事項証明書
- 療養手当請求書
- 石綿のばく露に関する申告書



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第1号(施行規則第1条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 認定申請書

申請書番号			
フリガナ			
①申請者氏名	男・女	②申請者の生年月日	年 月 日
フリガナ			
③申請者の住所	〒 TEL		
④認定申請に係る疾病名	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		
⑤申請の際、日本国内に住所を有しない者にあつては、日本国内に住所を有していた期間	年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		
⑥他の法令による石綿健康被害に関する給付	労働者災害補償保険に関する請求等状況	1. 請求予定 2. 請求中 3. 不認定 4. 受給中 請求先 ( ) 労働基準監督署 請求時期 年 月頃 5. 請求予定なし	
	建築アスペスト給付金に関する請求等状況	1. 請求予定 2. 請求中 3. 不認定 4. 認定 請求時期 年 月頃 5. 請求予定なし	
	その他給付の種類 (労働者災害補償保険以外に申請中の場合)	1. 元国鉄・石綿補償制度 2. 船員保険 3. 公務員災害補償制度 4. その他 ( )	
⑦労働者災害補償保険の対象可能性がある場合の厚生労働省への申請情報の提供	労働者災害補償保険の対象となる可能性がある場合に住所、氏名、連絡先等の申請情報を厚生労働省に提供することについて希望されますか。	<input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。	
⑧申請情報の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、申請時に提出された情報を匿名化した上で調査・研究に活用することについて同意されますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑨がん登録等の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、がん登録等のデータベースに登録されている情報を調査・研究に活用することについて同意されますか。	<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
⑩石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無	無・有 ( 1. 係争中 2. 和解 3. 判決確定 4. 示談 )		

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2項の規定により、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかった旨の認定を受けたく、必要書類を添えて申請します。

年 月 日 申請者氏名
-------------

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

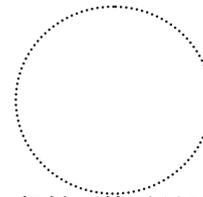
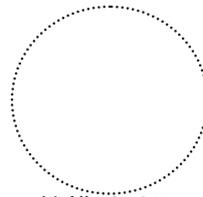
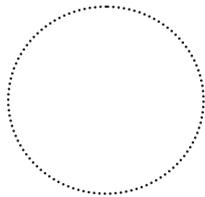
※ 「③申請者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。

〒	TEL
氏名	(申請者との続柄 )

(注)太枠内を記入してください。

【記入上の注意】

1. 「⑤申請の際、日本国内に住所を有しない者にあつては、日本国内に住所を有していた期間」は該当する場合のみ期間を記入してください。
2. 「⑩石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無」で「有」の場合は、「1. 係争中」を除き、内容が分かるものの写しを添付してください。
3. 建設アスベスト給付金制度の給付金の請求に当たって厚生労働省へ提出した請求書類一式及び認定結果等は環境省及び独立行政法人環境再生保全機構へ、また、石綿健康被害救済制度の認定の申請に当たって独立行政法人環境再生保全機構へ提出した申請書類一式及び認定結果等は厚生労働省へ、それぞれ提供されます。
4. 申請者が建設アスベスト給付金制度の給付金の請求中である場合は、同制度での審査内容等を確認するため、石綿健康被害救済制度の認定に係る審査に時間をいただく場合があります。また、この場合において、必要に応じて追加の資料を求めることがあります。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第2号(施行規則第1条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

## 戸籍記載事項証明書

※戸籍記載事項証明書の記載は自治体担当者が行ってください。自治体担当者以外の方が記載又は追記した場合は無効となります。

①本籍	
②筆頭者氏名	
③氏名	
④生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和                      年 月 日

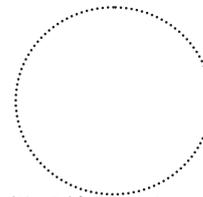
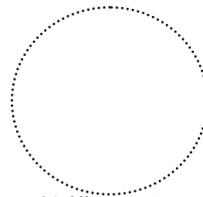
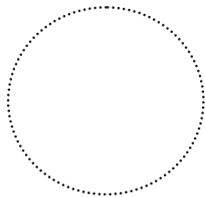
上記のとおり相違ないことを証明する。

令和      年      月      日
自治体名
市区町村長氏名

(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 12 号(施行規則第 13 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

### 療養手当請求書

申請書番号		①手帳番号	
フリガナ		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	男・女		
フリガナ			
④請求者の 住所	〒	TEL	
⑤認定申請に 係る疾病名	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		

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 16 条第 1 項の規定による療養手当の支給を受けたく、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・ 支店 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		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、認定前に療養手当の請求を行う場合には、①は空欄としてください。

既に認定を受けている方は、②～⑤について、請求者の氏名や認定申請に係る疾病名等に代えて、被認定者の氏名や認定疾病名等を記入してください。



石綿による健康被害の救済に関する法律  
 認定申請用／未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用  
 石綿のばく露に関する申告書

患者氏名		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	( 才 )
申請疾病または請求疾病	<input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺		<input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚			

【職歴】 現在までの職歴を記入してください。(1/\_\_\_枚目)

※石綿のばく露の有無に関わらず、これまで従事してきた作業を、アルバイト等短期間の仕事も含めて記入してください(欄は従事した期間が古い仕事の順に使用し、足りない場合は、追加記入用紙を使用してください。)

従事した期間	昭和 平成 令和	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
	～ 昭和 平成 令和	年 月			
会社名				事業場での石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	事業場の事業内容				

従事した期間	昭和 平成 令和	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
	～ 昭和 平成 令和	年 月			
会社名				事業場での石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	事業場の事業内容				

従事した期間	昭和 平成 令和	年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
	～ 昭和 平成 令和	年 月			
会社名				事業場での石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の所在地	事業場の事業内容				

\*(注) どのような作業に従事していたか、番号を選んだ上で仕事の内容を記入してください。

- |                        |                    |                       |
|------------------------|--------------------|-----------------------|
| (1) 石綿製品製造業            | (7) 建築・建設関連作業      | (13) セメント製品製造に関わる作業   |
| (2) 石綿(石綿含有岩綿等) 吹きつけ作業 | (8) 石綿のある倉庫内の作業    | (14) レンガ、陶磁器製造に関わる作業  |
| (3) 配管・断熱・保温・ボイラー関連作業  | (9) 港湾での作業         | (15) 化学工場内の作業         |
| (4) 解体作業               | (10) 鉄鋼所及び鉄製品製造業   | (16) 清掃工場・廃棄物回収の作業    |
| (5) 石綿原綿・石綿製品運搬業       | (11) 自動車製造業・自動車整備工 | (17) 車両(電車等) 製造維持補修作業 |
| (6) 造船所内の作業            | (12) ガラス製品製造に関わる作業 | (18) その他の作業           |

判定様式第9号

【その他の情報】

①現在までの居住歴を記入してください。(1/\_\_\_枚目)

居 住 期 間	住 所	居住地付近の状況
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		

②その他の石綿のばく露の機会について、心当たりがあれば記入してください。

※該当する□にレ点を付し具体的な状況を記入してください。

<input type="checkbox"/> 家族が石綿を扱う仕事をしており、作業着・マスクや道具を自宅に持ち帰っていた。
<input type="checkbox"/> 石綿に関する作業が、自宅で行われた。
<input type="checkbox"/> 自宅や職場の天井や壁に石綿が吹き付けられていた。
<input type="checkbox"/> 職場以外の石綿取扱施設に出入りをしていた。
<input type="checkbox"/> その他 ( )
(具体的な状況)

上記のとおり、申告します。

令和 年 月 日

記入者連絡先  
(電話番号)

本人との関係

記入者氏名

※本様式に記載の内容は、個人を特定できないように統計的処理を施した上で、環境省及び環境再生保全機構が実施する「被認定者に関する医学的所見等の解析及びばく露状況調査」等の調査事業に使用することがあります。

判定様式第9号

(職歴の追加記入用紙： \_\_\_ / \_\_\_ 枚目)

患者氏名 \_\_\_\_\_

従事した 期間	昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成 令和 年 月				
会社名		事業場の 事業内容		事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地					

従事した 期間	昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成 令和 年 月				
会社名		事業場の 事業内容		事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地					

従事した 期間	昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成 令和 年 月				
会社名		事業場の 事業内容		事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地					

従事した 期間	昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)	
	～ 昭和 平成 令和 年 月				
会社名		事業場の 事業内容		事業場での 石綿取扱い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
事業場の 所在地					

\*(注) どのような作業に従事していたか、番号を選んだ上で仕事の内容を記入してください。

- |                       |                    |                      |
|-----------------------|--------------------|----------------------|
| (1) 石綿製品製造業           | (7) 建築・建設関連作業      | (13) セメント製品製造に関わる作業  |
| (2) 石綿(石綿含有岩綿等)吹きつけ作業 | (8) 石綿のある倉庫内の作業    | (14) レンガ、陶磁器製造に関わる作業 |
| (3) 配管・断熱・保温・ボイラー関連作業 | (9) 港湾での作業         | (15) 化学工場内の作業        |
| (4) 解体作業              | (10) 鉄鋼所及び鉄製品製造作業  | (16) 清掃工場・廃棄物回収の作業   |
| (5) 石綿原綿・石綿製品運搬業      | (11) 自動車製造業・自動車整備工 | (17) 車両(電車等)製造維持補修作業 |
| (6) 造船所内の作業           | (12) ガラス製品製造に関わる作業 | (18) その他の作業          |

判定様式第9号

(居住歴の追加記入用紙： \_\_\_ / \_\_\_ 枚目)

患者氏名 \_\_\_\_\_

居 住 期 間	住 所	居住地付近の状況
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		
～ 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月		

切り取り線

## 申請書類の提出先（環境再生保全機構については裏表紙をご覧ください）

環境再生保全機構に直接ご提出いただけるほか、下記機関においても受け付けています。

### <保健所等>

申請などの受付を行っている保健所等については、環境再生保全機構（フリーダイヤル 0120-389-931）へお問い合わせいただくか、機構ホームページ「石綿健康被害〈救済給付の概要〉」（<https://www.erca.go.jp/asbestos/>）をご覧ください。

### <環境省地方環境事務所>

- 北海道地方環境事務所 〒060-0808 札幌市北区北8条西2丁目 札幌第1合同庁舎3階  
電話：011-299-1952
- 東北地方環境事務所 〒980-0014 仙台市青葉区本町3-2-23 仙台第二合同庁舎6階  
電話：022-722-2867
- 関東地方環境事務所 〒330-9720 さいたま市中央区新都心1-1  
さいたま新都心合同庁舎1号館6階  
電話：048-600-0815
- 新潟事務所 〒950-0954 新潟市中央区美咲町1-2-1 新潟美咲合同庁舎2号館7階  
電話：025-280-9560
- 中部地方環境事務所 〒460-0001 名古屋市中区三の丸2-5-2 中部経済産業局総合庁舎1階  
電話：052-955-2134
- 近畿地方環境事務所 〒530-0042 大阪市北区天満橋1-8-75  
桜ノ宮合同庁舎4階（旧称 近畿中国森林管理局）  
電話：06-6881-6503
- 中国四国地方環境事務所 〒700-0907 岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎11階  
電話：086-223-1581
- 四国事務所 〒760-0019 高松市サンポート3-33 高松サンポート合同庁舎南館2階  
電話：087-811-7240
- 広島事務所 〒730-0012 広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎3号館1階  
電話：082-511-0006
- 九州地方環境事務所 〒860-0047 熊本市西区春日2-10-1 熊本地方合同庁舎B棟4階  
電話：096-322-2411
- 福岡事務所 〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎本館1階  
電話：092-437-8851

# 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～)

アスベスト  
石綿救済相談ダイヤル



**0120-389-931**

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。