



医師、医療機関等の皆様へ

石綿健康被害者の救済への ご協力のお願い

<2008年12月版>

平成18年2月10日に、「石綿による健康被害の救済に関する法律」が公布され、石綿を原因とする中皮腫、肺がんにかかれた方の救済制度が創設されました。また平成20年6月18日に「石綿による健康被害に関する法律の一部を改正する法律」が公布され、支給対象が拡大されることとなりました。

救済給付を行うためには、患者さんが石綿を吸入することにより、中皮腫又は肺がんにかかったことなどを確認することが必要であり、医療に携わる先生方のご協力が不可欠でございます。

制度の趣旨と手続をご理解いただき、制度の円滑な運営にご協力、ご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

指定疾病の療養を開始した日からの医療費が支給対象となります。現在、石綿による中皮腫や肺がんにかかっている方を診療された場合には、その方に早急に申請していただくようご助言いただけますようお願いいたします。

独立行政法人環境再生保全機構

目次

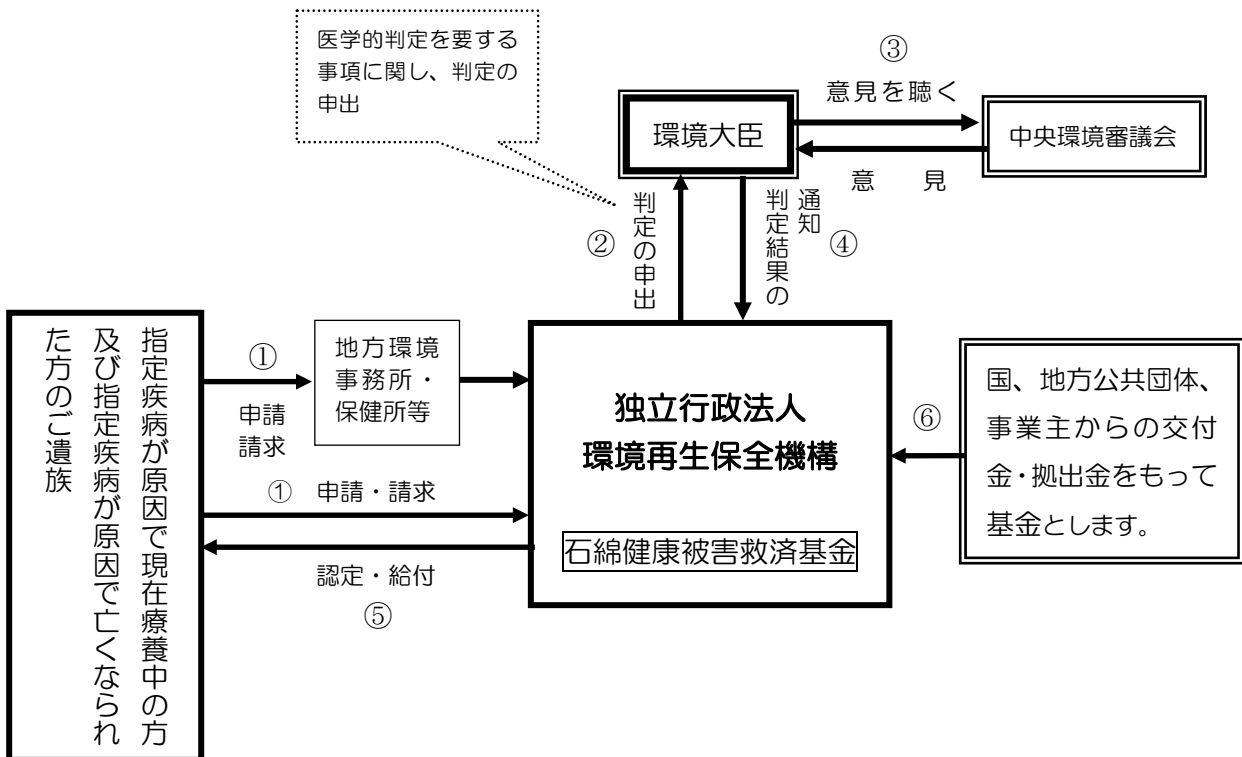
1	石綿健康被害救済制度（救済給付関係）の概要	1
2	指定疾病	2
3	救済給付の種類	2
4	現在療養中の方への救済給付	3
4. 1	石綿により指定疾病にかかった旨の認定について	3
4. 2	基準日・療養開始日の取り扱いについて	7
4. 3	医療費（自己負担分）の支給	19
5	療養中の方がお亡くなりになった場合の給付	24
	葬祭料及び救済給付調整金について	24
6	平成18年3月27日（法施行日）前にすでに 指定疾病が原因でお亡くなりの方のご遺族への給付	25
7	平成18年3月27日（法施行日）以後に 指定疾病が原因でお亡くなりの方の御遺族への給付	28
8	労災補償制度又は特別遺族給付金について	29
	・お問い合わせ	30

1 石綿健康被害救済制度（救済給付関係）の概要

石綿健康被害救済制度（救済給付関係）は、石綿<アスベスト>による健康被害を受けられた方及びそのご遺族で、労災補償制度等他の法令による給付及び特別遺族給付金の対象とならない方に対して、救済給付の支給を行う制度です。

この制度の対象となる病気（指定疾病）は、石綿による①中皮腫、②肺がんです。現在これらの病気にかかられている方、平成 18 年 3 月 27 日（この法律の施行日）前にこれらの病気でお亡くなりになった方のご遺族及びこの法律の施行日以後にこれらの病気でお亡くなりになった方のご遺族の申請・請求（図中①）に基づき、独立行政法人環境再生保全機構において認定等を行い、医療費等を給付（図中⑤）します。この際に、医学的判定を要する事項については、機構は環境大臣に判定を申し出（図中②）、環境大臣は中央環境審議会の意見を聴いて（図中③）判定を行います（図中④）。

また、この制度に必要な費用は、国からの交付金、地方公共団体や事業者からの拠出金による石綿健康被害救済基金で運営されています。



2 指定疾病

救済制度（救済給付関係）の対象となる疾病（指定疾病）は、石綿による①中皮腫、②肺がんです。中皮腫とは、主として胸膜、腹膜、心膜又は精巣鞘膜の中皮に発生する悪性腫瘍です。

また、これらに付随する疾病等（いわゆる続発症）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ついても、これら指定疾病と一体のものとして取り扱われ、救済給付の対象となります。個々の事例において、ある疾病等が続発症であるか否かについては、医学の経験則により相当程度の関連性があるか否かによって判断すべきですが、具体的には、次のような疾病等が考えられます。

- ①指定疾病の経過中又はその進展により当該指定疾病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、癌性リンパ管症など
- ②指定疾病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、胸膜炎など
- ③指定疾病の治療に伴う副作用や後遺症
 - ・薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の肺機能障害など

3 救済給付の種類

救済給付の種類は以下のとおりです。

現在療養中の方への給付	
医療費（本人が請求）	自己負担分
療養手当（本人が請求）	103,870 円／月
認定後療養中の方がお亡くなりになった場合の給付	
葬祭料（葬祭を行う方が請求）	199,000 円
救済給付調整金（生計が同一であったご遺族が請求）	個別に算定
平成18年3月27日前（法施行日前）にお亡くなりになった方の遺族への給付	
特別遺族弔慰金（生計が同一であったご遺族が請求）	2,800,000 円
特別葬祭料（生計が同一であったご遺族が請求）	199,000 円
平成18年3月27日以後（法施行日以後）にお亡くなりになった方の遺族への給付	
特別遺族弔慰金（生計が同一であったご遺族が請求）	2,800,000 円
特別葬祭料（生計が同一であったご遺族が請求）	199,000 円

4 現在療養中の方への救済給付

4. 1 石綿により指定疾病にかかった旨の認定について

救済給付を受けるには、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独立行政法人環境再生保全機構から受ける必要があります。

認定の申請には、**医師の診断書や診断の根拠となった単純X線画像、CT画像、病理組織診断書、各種検査報告書等が必要です（※）**。機構では、提出された診断書等については、環境大臣に医学的判定を申し出、これを受けて、環境大臣は、中央環境審議会の意見を聴いて医学的判定を行い、判定結果を機構に通知します。機構はその判定結果に基づいて、認定の可否を決定し、認定された方に対して救済給付を支給します。

この場合の、指定疾病にかかった旨の医学的判定は、以下の考え方により行われることとなります。患者さんから、認定申請のための診断書等について依頼があった場合には、医学的判定に必要な事項を盛り込んだ診断書等を発行してくださいよう、お願いします。診断書等の様式がありますので、11～18ページの記載例を参照してください。

※ 診断書等に添付いただいた単純エックス線画像やCT画像等については、認定作業が終了した後に、申請者に返却いたします。

指定疾病にかかった旨の医学的判定の考え方について

石綿を吸入することにより中皮腫又は肺がんにかかった旨の医学的判定に関する考え方は次のとおりです。

医学的判定の考え方

1. 指定疾病で現在ご療養中の方及び平成18年3月27日（法施行日）以後に死亡された方

指定疾病	中皮腫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中皮腫であること ○ 主治医の診断書（「中皮腫である。」とする診断書） ○ 病理組織診断書（原則としてH E、免疫染色） ○ 細胞診報告書（パパニコロウ染色と免疫染色など） ○ 画像（胸部又は腹部）C T及び単純エックス線など ○ 胸水等に係る検査報告書
	肺がん	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原発性肺がんであること ○ 主治医の診断書（「石綿による原発性肺がんである。」とする診断書） ○ 病理組織診断書 ○ 細胞診報告書 ○ 画像（胸部C T、胸部H R C T及び胸部単純エックス線など） ・ 石綿ばく露が原因であることを示す医学的所見があること 1 画像（胸部C T、胸部H R C T及び胸部単純エックス線）による胸膜プラーク所見に加え、一定以上の肺線維化所見 2 石綿計測結果 <ul style="list-style-type: none"> ・ 乾燥肺1 g当たりの石綿繊維200万本以上（長さ5 μm以上） ・ 乾燥肺1 g当たりの石綿小体5000本以上 ・ BAL（気管支肺胞洗浄）法で1 ml 当たり石綿小体5本以上

2. 平成18年3月27日（法施行日）前に死亡された方

指定疾病	中皮腫	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中皮腫であったこと 中皮腫であったことが記載された死亡診断書などで判断
	肺がん	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原発性肺がんであったこと ○（原発性）肺がんであったことが記載された死亡診断書などで判断 ・ 石綿ばく露が原因であることを示す医学的所見があること 1 画像（胸部C T、胸部H R C T及び胸部単純エックス線）による胸膜プラーク所見に加え、一定以上の肺線維化所見 2 石綿計測結果 <ul style="list-style-type: none"> ・ 乾燥肺1 g当たりの石綿繊維200万本以上（長さ5 μm以上） ・ 乾燥肺1 g当たりの石綿小体5000本以上 ・ BAL（気管支肺胞洗浄）法で1 ml 当たり石綿小体5本以上

1) 中皮腫

中皮腫については、そのほとんどが石綿に起因するものと考えられることから、**中皮腫の診断の確からしさが担保されれば、石綿を吸入することにより発症したものと判定するものであること。**

なお、中皮腫は診断が困難な疾病であるため、臨床所見、臨床検査結果だけでなく、**病理組織学的検査に基づく確定診断がなされることが重要**であり、また、確定診断に当たっては、肺がん、その他のがん、胸膜炎などとの鑑別も必要であること。このため、中皮腫であることの判定に当たっては、病理組織学的検査記録等が求められ、確定診断が適正になされていることの確認が重要であること。しかしながら、実際の臨床現場においては、病理組織学的検査が行われていない事案も少なくないと考えられ、例えば、病理組織学的検査が行われていなくても、細胞診でパパニコロウ染色とともに免疫染色などの特殊染色を実施した場合には、その他の胸水の検査データや画像所見等を総合して診断を下すことができる例もある。今後、判定に当たっては、原則として病理組織学的検査による確定診断を求めることが適当であるものの、病理組織学的検査が行われていない例においては、臨床所見、臨床経過、臨床検査結果、他疾病との鑑別の根拠等を求め、判定するものであること。

2) 肺がん

肺がんについては、**原発性肺がん**であって、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に、石綿を吸入することにより発症したものと判定するものであること。

肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合とは、国際的にも、25本/ml×年程度のばく露があった場合であると認められており、また、これに該当する医学的所見としては、次のア又はイに該当する場合が考えられること。

ア 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、**胸膜プラーク(肥厚斑)**が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の**肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)**があつて胸部CT検査においても**肺線維化所見**が認められること。

イ **肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(次のいずれか)**認められること

- ・乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体
- ・乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 μ m超。2 μ m超の場合は500万本以上)
- ・気管支肺胞洗浄液1ml 当たり5本以上の石綿小体

なお、石綿によるものと判断するための医学的所見のひとつである肺内石綿小体等の計測は技術的に難しいものです。したがって、石綿による被害者の迅速な救済を図るための信頼性の高いデータを得るには、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施することが重要です。計測については、例えば、以下の施設にお問い合わせ下さい。

○ 石綿小体の測定について

石綿小体の計測が可能なアスベスト疾患センター

(8カ所(平成20年11月1日現在))

北海道中央労災病院	0126-22-1300	東北労災病院	022-275-1111
横浜労災病院	045-474-8111	旭労災病院	0561-54-3131
神戸労災病院	078-231-5901	岡山労災病院	086-262-0131
九州労災病院	093-471-1121	長崎労災病院	0956-49-2191

○ 石綿繊維数の測定に関するご案内

独立行政法人環境再生保全機構石綿健康被害救済部申請課044-520-9616

4. 2 基準日・療養開始日の取り扱いについて

(1) 認定の有効期間

認定された指定疾病（以下「認定疾病」といいます。）について、療養を開始した日（その日が認定の申請のあった日の3年前の日より前の場合には、認定申請のあった日の3年前の日。以下「基準日」といいます。）から認定の申請のあった日の前日までの期間に5年を加えた期間です（5年後には認定の更新が必要です。）。

(2) 医療費等の救済給付の支給に係る取り扱いについて

認定されると、認定疾病について、基準日からの医療費が支給されます。また、基準日が属する月の翌月から療養手当が支給されます。

(3) 診断書（判定様式第1号又は第2号）への療養開始日の記入について

認定を受けた方の基準日は、基本的には提出していただく医師の診断書に記載される「当院における指定疾病に係る療養開始日」により決定されます。このため、診断書（判定様式第1号又は第2号）に、貴院で、初めて診察・薬剤の支給等、健康保険法第63条1項等の適用となる医療・療養を受けた日を該当欄にご記入ください。療養開始日の具体例については、8～10ページをご参照下さい。

なお、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基準日が決定されます。

<参考> 健康保険法（療養の給付）

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 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
- 五 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

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。自宅にて様子をみていたが、増悪してきたため平成×年5月22日に当院総合診療科受診。大量胸水認め、呼吸器内科に転科、入院精査にて胸膜中皮腫と診断。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成×年5月22日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

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（当院初診は平成W年1月18日）。以前より胸膜プラークを指摘されていた。平成×年11月7日、フォローアップのための胸部X線写真にて腫瘍影を認め、入院精査の結果、肺癌と診断。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成×年11月7日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

例3-1：検診から診断に至った場合

当院における平成×年4月5日撮影の胸部X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。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成×年5月1日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

例3-2：検診から診断に至った場合

職場検診のため他院にて平成X年3月10日に胸部X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。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成X年3月25日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

例4-1：現在の医療機関において、偶発的に診断に至った場合

糖尿病治療のため、平成15年より当院内内分泌代謝科に通院。平成X年6月3日の受診時に循環器チェックのため胸部X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。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成X年6月3日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

例4-2：現在の医療機関において、偶発的に診断に至った場合

平成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。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成X年6月26日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

例5：複数の医療機関を受診して診断に至った場合

平成 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 日に当医大に紹介受診、中皮腫と診断。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成 X 年 6 月 28 日

※可能であれば下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：B病院 内科

それ以前 医療機関名・担当科名：A医院

例6：現在の医療機関において、前医受診の詳細を把握し得ない場合

発熱と呼吸困難にて平成 X 年9月 15 日当院に救急搬送。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め気管内挿管施行しICU入室。精査の結果、胸膜中皮腫と診断。家族の話では、2ヶ月前から労作時呼吸困難と易疲労感を訴えており、他院を受診していた様子だったとのことだが、詳細不明。

当院における指定疾病に係る療養開始日：平成 X 年 9 月 15 日

※可能であれば、下記についても記載願います。

前医の有無 無し 有り 不明

(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名：

それ以前 医療機関名・担当科名：

判定様式第1号 診断書（中皮腫用） 例①


判定様式第1号

一記載例①
中皮腫①

右欄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再婚金・特別葬祭料請求用
診断書（中皮腫用）

患者氏名	〇 〇 〇 〇	男	女	明治 大正 (昭和) 平成	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇才)
診断名	肺癌中皮腫 カルテ番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を全て記入して下さい。

原発部位	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜 (□右 □左 □不明)	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 精巣鞘膜	<input type="checkbox"/> その他 ()
組織型					
中皮腫の確定診断年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
その他の参考事項	22才～40才 A群に居住				

【臨床経過】 ※治療内容を含め、現在までの臨床経過を記載して下さい。

<診断に至った経緯> 平成〇〇年〇〇月半ばごろから労作時の息切れを自覚。同年〇〇月〇〇日にかかりつけ医 (〇〇クリニク) で胸部写真撮影し、左肺野野陰を指摘されたため、平成〇〇年〇〇月〇〇日に肺癌専門医に転院。転院後、胸部CT検査を受けた。胸部CT検査結果より、左肺に中等量の胸壁肺腫瘍を認められた。胸壁は黄色や深褐色の浮腫性浸潤を認めた。胸部CT検査の結果より、胸壁肺腫瘍は認められ、胸壁中皮腫が疑われた。〇〇月〇〇日、転院後検査の結果より、〇〇月〇〇日に全身麻酔下には胸壁腫瘍 (VATS) を行った。生検を行い、〇〇月〇〇日、転院後検査の結果より、中皮腫 (上皮型) と確定診断した。

<治療内容>
平成〇〇年〇〇月〇〇日、胸壁肺全摘術施行し、その後〇〇月より化学療法を施行している。

<現在の病状>
平成〇〇年〇〇月〇〇日現在、再発を認めていない。

確定診断日まで留まらず、その後の臨床経過も詳細に記載して下さい。

当該における指定疾病に係る療養開始日: 平成 X年 Y月 Z日 (裏面の注釈参照)
※可能であれば、下記についても記載願います。
前医の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
(有りの時) 前医 医療機関名・担当科名: 〇〇クリニク
それ以前 医療機関名・担当科名: なし

【中皮腫の診断の根拠】
※中皮腫の診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書を添付して下さい。(写真可)

<input checked="" type="checkbox"/> 単純エックス線画像 (<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他:)	撮影年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> CT画像 (<input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他:)	撮影年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の画像 (検査名:)	撮影年月日 平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断書 (判定様式第4号又はそれと同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい。)	病理診断年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診報告書 (判定様式第5号又はそれと同等の内容を含む細胞診報告書を添付して下さい。)	検査実施年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名:)	検査実施年月日 平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒 XXX-XXXX
〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院
電 話 番 号 〇〇 XXX-XXXX-XXXX
診 療 担 当 科 名 〇〇科
医 師 の 氏 名 〇 〇 〇 〇 〇 印

■病理組織診断書ならびに細胞診報告書を必ず添付して下さい。

■診断の根拠となった画像 (CT, 単純エックス線) を必ず添付して下さい。

■原発部位に応じた画像を添付して下さい。

例1. 胸膜に病変が認められる場合
→ 胸部内の全レベルにおける肺野条件及び縦隔条件のCT画像、胸部単純エックス線画像

例2. 腹膜に病変が認められる場合
→ 腹部～骨盤部の全レベルにおけるCT画像、腹部単純エックス線画像

■確定診断日から申請日までの期間が長い場合は、最近実施された検査結果も添付して下さい。

判定様式第2号 診断書 (石綿を原因とする肺がん用)

石綿による健康被害の救済に関する法律
認定申請用 / 未申請死に者による特別遺族年金・特別葬料請求用
診断書 (石綿を原因とする肺がん用)

患者氏名	○ ○ ○ ○	生年 月 日	○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 ○ ○ 才)	
性別	(男)	姓	明治 大正 ○ 年 ○ 月 ○ 日	(裏面の注釈参照)
診断名	肺がん (小細胞癌)			

カルテ番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入して下さい。

原発部位	1. 左右の別 <input type="checkbox"/> 右肺 <input checked="" type="checkbox"/> 左肺 2. 分類 <input type="checkbox"/> 末梢型 (肺野型) <input checked="" type="checkbox"/> 中枢型 (肺門型)
組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input checked="" type="checkbox"/> 小細胞癌 <input type="checkbox"/> その他 ()
肺がんの確定診断年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
肺組織摘出術 (生検を除く)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・ 術式 () 平成 年 月 日
その他のがんの既往歴の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・ がんの部位 () 平成 年 月 日
石綿が原因であることの根拠	<input checked="" type="checkbox"/> ①胸部単純エックス線検査及び胸部CT検査による所見 <input type="checkbox"/> ②肺内石綿小体又は石綿繊維の量 <input type="checkbox"/> ③その他 ()
その他の参考事項	1) 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り (20 歳から 78 歳まで、喫煙本数 20本/日) 2) 石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。 大工員等の職業歴あり

【臨床経過】 ※治療内容等を含め、現在までの臨床経過を記載して下さい。

生来健康で、怪我による一時的な通院を除き、定期的な医療機関への受診はなかった。
平成XX年Y月Z日に、血痰を主訴として、当院を受診した。気管支ファイバードで生検を実施し、肺小細胞癌であると診断した。抗がん剤○○を○回投与でpartial remissionを得た。しかし、半年後再発したため現在抗がん剤××にて治療中である。

【肺がんの診断の根拠】
※肺がんの診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい。(写し可)。

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像	撮影年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CT画像 (HRC-T画像を含む)	撮影年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断書	病理診断年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
<input type="checkbox"/> 細胞診報告書		
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名:)	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名:)	検査実施年月日	平成 年 月 日

【石綿が原因であることの根拠】
※石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認された所見について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい。(写し可)。(肺がんの診断の根拠資料と同一でも可)

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像	撮影年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	<input checked="" type="checkbox"/> 胸腺プラーク	<input checked="" type="checkbox"/> 肺線維化
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名:)			<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CT画像 (HRC-T画像を含み)	撮影年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	<input checked="" type="checkbox"/> 胸腺プラーク	<input checked="" type="checkbox"/> 肺線維化
<input type="checkbox"/> その他の検査 (検査名:)			<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書 (測定式番号又はそれと同等の内容を含む石綿計測結果報告書を添付して下さい)。	検査実施年月日	平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他の検査・画像 (検査名: 画像名:)	検査実施年月日	平成 年 月 日		

上記のとおり、診断します。

平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

医療機関所在地
 医療機関の名称
 〒XXX-XXXX
 ○〇〇〇〇市〇〇〇〇〇
 ○〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院
 電話番号
 血 XXX-XXX-XXXX
 ○〇〇科
 診療担当科名
 ○ ○ ○ ○ ○ ○
 医師の氏名
 ○ ○ ○ ○ ○ 印

■ 診断の根拠となった画像
(胸部CT、胸部単純エックス線)を必ず添付して下さい。

■ 胸部CTの画像は、胸部内の一部だけでなく、全レベルにおける肺野条件及び縦隔条件の画像を添付して下さい。

■ 確定診断日から申請日までの期間が長い場合は、最近実施された検査結果も添付して下さい。

■ 胸部HRC-T画像は肺線維化所見の同定に有用であることが多いので、可能な限り、非腫瘍側(特に下肺野)の画像を添付して下さい。

確定診断日まで留まらず、その後の臨床経過(治療内容も含め)も詳細に記載して下さい。

判定様式第4号 病理組織診断書

※中皮腫の診断において病理組織診断結果を提出する場合には、この様式（判定様式第4号）を添付して下さい。なお、同等の内容を含むものであれば、各病院の様式による病理組織診断書のコピーで代用していただくことも可能です。

※肺がんの診断において病理組織診断結果を提出する場合には、添付していただく病理組織診断書について様式の定めはありません。

判定様式第4号

一記載例一
上皮型中皮腫

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

※本様式と同等の内容を含む病理組織診断書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名	○ ○ ○ ○ ○ 男・女	生年月日	明治 大正 ○○年 ○○月 ○○日 昭和 平成
病理組織診断名	病理組織診断実施施設名 ○○大学病院 病理組織標本番号 ○○○○○○○○○○		

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
病理診断年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
診断材料 (手術または剖検材料を優先して記載して下さい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 生検 (<input type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下腹膜生検 <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 <input checked="" type="checkbox"/> その他： 開腹生検) <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 胸膜肺全摘術 <input type="checkbox"/> 胸膜切除術 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色 (抗体名) <input checked="" type="checkbox"/> calretinin (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> D2-40 (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CAM5.2 ^{注1)} (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CEA ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> Ber-EP4 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> WT1 (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> AE1/AE3 ^{注1)} (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> MOC-31 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性)

注1) 肉腫型中皮腫が疑われる場合に確認することが望ましい。
注2) 肺がんとの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。
注3) 卵巣がんとの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。

【所見】 ※主にHE染色に基づく形態的所見 (腫瘍細胞の形態・増殖形態等) を詳細に記載して下さい。

開腹生検で得られた腹膜腫瘍は、中心性に位置する類円形核と好酸性の豊かな細胞質をもつ典型的な上皮様細胞が主として乳頭腺管状配列を示し、一部では充実性に増殖する腫瘍である。腫瘍は腸間膜表面の漿膜表面に主として増殖するが、一部では腸間膜の脂肪組織への浸潤を伴う。これらの所見は、腹膜原発の上皮型中皮腫であることを示唆する。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

本腫瘍は、卵巣あるいは腹膜に原発した腺癌と鑑別する必要があるが、免疫組織化学的染色では、腫瘍細胞の核は中皮細胞のマーカーであるcalretininに陽性であり、細胞質はCAM5.2及びAE1/AE3 (抗サイトケラチン抗体) 陽性、細胞膜はD2-40で陽性である。一方、卵巣や腹膜原発の腺癌において陽性となること多いCEA、Ber-EP4、MOC-31は陰性である。以上の所見から、本腫瘍は腹膜原発の上皮型中皮腫と診断できる。

上記のとおり、診断します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

〒XXXX-XXXX
○○県○○市○○○○○
○○○○○○○○○○○病院
Tel. XXXX-XXXX-XXXX
○○○科
○ ○ ○ ○ ○

実際に病理組織診断を実施した医師が記載して下さい。既に医療機関において作成された病理組織診断書がある場合は、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認下さい。)

診断を複数回行っている場合は、全て提出するか、より大きな診断材料を用いたものの結果を優先して提出して下さい。

組織型に応じた免疫染色の種類とその結果を記載して下さい。

免疫染色結果も含めた鑑別診断の根拠を詳細に記載して下さい。

実際に病理組織診断を実施した医師が記載して下さい。既に医療機関において作成された病理組織診断書がある場合は、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認下さい。)

判定様式第4号

—記載例—
肉腫型中皮腫

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

※本様式と同等の内容を含む病理組織診断書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名	○ ○ ○ ○ ○ 男・女	生年 月日	明治 大正 ○○年 ○○月 ○○日 昭和 平成 (○○才)
病理組織診断名	肉腫型中皮腫		病理組織診断実施施設名 ○○大学病院
			病理組織標本番号 ○○○○○○○○○○

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
病理診断年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
診断材料 (手術または剖検 材料を優先して 記載して下さい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 生検 (<input type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下胸膜生検 <input checked="" type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下腹膜生検 <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 胸膜肺全摘術 <input type="checkbox"/> 胸膜切除術 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色 (抗体名) <input type="checkbox"/> calretinin (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> WT1 (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> D2-40 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> AE1/AE3 ^{注1)} (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CAM5.2 ^{注1)} (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CEA ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> MOC-31 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> Ber-EP4 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他 ()

診断を複数回行っている場合は、全て提出するか、より大きな診断材料を用いたものの結果を優先して提出して下さい。

組織型に応じた免疫染色の種類とその結果を記載して下さい。

【所見】 ※主にHE染色に基づく形態的所見(腫瘍細胞の形態・増殖形態等)を詳細に記載して下さい。

胸腔鏡下胸膜生検で得られた組織片には、束状配列を主体とする紡錘形細胞の増殖をみる。これらの細胞は明らかな核異型を有し、細胞質は淡好酸性で細胞境界は明瞭であり、細胞間にはほとんど膠原線維を認めない。これらの所見からは、肉腫型中皮腫が疑われるが、肺原発の肉腫様癌(sarcomatoid carcinoma)、胸膜原発あるいは転移性の紡錘形細胞肉腫との鑑別が必要である。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

免疫組織化学的染色では、CAM5.2が弱陽性、AE1/AE3が強陽性、WT1が一部で陽性であることから、紡錘形細胞肉腫の可能性は低く、肉腫型中皮腫と診断される。肺の肉腫様癌については、組織所見及び免疫組織化学的所見では否定できないが、画像所見上、肺内に腫瘍がないことから否定した。

免疫染色結果も含めた鑑別診断の根拠を詳細に記載して下さい。

上記のとおり、診断します。
平成 ○○年 ○○月 ○○日

〒XXX-XXXX
○○県○○市○○○○○
○○○○○○○○○○○病院
☎ XXX-XXX-XXXX
○○○科
○ ○ ○ ○
医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

実際に病理組織診断を実施した医師が記載して下さい。既に医療機関において作成された病理組織診断書がある場合は、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認下さい。)

印

判定様式第4号

—記載例—
線維形成型中皮腫

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

※本様式と同等の内容を含む病理組織診断書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名	○ ○ ○ ○ ○ 男・女	生年 月日	明治 大正 ○○年 ○○月 ○○日 昭和 平成 (○○才)
病理組織診断名	線維形成型中皮腫		病理組織診断実施施設名 ○○大学病院
			病理組織標本番号 ○○○○○○○○○○

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
病理診断年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
診断材料 (手術または剖検材料を優先して記載して下さい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 生検 (<input checked="" type="checkbox"/> 局麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 全麻胸腔鏡下胸膜生検 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下腹膜生検 <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="checkbox"/> 胸膜肺全摘術 <input type="checkbox"/> 胸膜切除術 <input type="checkbox"/> その他：) <input type="checkbox"/> 剖検) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色 (抗体名) <input checked="" type="checkbox"/> calretinin (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> WT1 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> D2-40 (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> AE1/AE3 ^{注1)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CAM5.2 ^{注1)} (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CEA ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> MOC-31 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> Ber-EP4 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他 (desmin陰性、MIB-1陽性)

診断を複数回行っている場合は、全て提出するか、より大きな診断材料を用いたものの結果を優先して提出して下さい。

組織型に応じた免疫染色の種類とその結果を記載して下さい。

【所見】 ※主にHE染色に基づく形態的所見 (腫瘍細胞の形態・増殖形態等) を詳細に記載して下さい。

胸腔鏡による切除で得られた胸膜組織は、線維性結合組織の強い増殖を示す。この中にみられる紡錘形細胞の細胞密度は低く、細胞異型も強くない。しかし、いわゆるzonation (層状構造) は認めず、線維性胸膜炎より線維形成型中皮腫が疑われる。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

線維性胸膜炎との鑑別では、いわゆるzonationがないことは胸膜炎を否定する根拠のひとつとなる。免疫組織化学的染色では、紡錘形細胞はCAM5.2およびAE1/AE3 (抗サイトケラチン抗体) で細胞質が明確に陽性であり、さらにD2-40で細胞膜が陽性である。またdesminは陰性であり、MIB-1陽性によって示される増殖能をもつ細胞の割合は20~30%を占める。以上の所見から、線維形成型中皮腫と診断できる。

免疫染色結果も含めた鑑別診断の根拠を詳細に記載して下さい。

上記のとおり、診断します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

〒XXXX-XXXX
○○県○○市○○○○○
○○○○○○○○○○○病院
☎ XXX-XXX-XXXX
○○○科
○ ○ ○ ○



実際に病理組織診断を実施した医師が記載して下さい。既に医療機関において作成された病理組織診断書がある場合は、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認下さい。)

判定様式第5号 細胞診報告書

※中皮腫の診断において細胞診結果を提出する場合には、この様式（判定様式第5号）を添付して下さい。なお、同等の内容を含むものであれば、各病院の様式による細胞診報告書のコピーで代用していただくことも可能です。

※肺がんの診断において細胞診結果を提出する場合には、添付していただく細胞診報告書について様式の定めはありません。

判定様式第5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
細胞診報告書

※本様式と同等の内容を含む細胞診報告書の写し等の添付で代替しても差し支えない。

患者氏名	○ ○ ○ ○ 男・女	生年 月日	明治 大正 ○○年 ○○月 ○○日 昭和 平成 (○○才)
細胞診結果	中皮腫		細胞診実施施設名 ○○大学病院
			細胞診標本番号 ○○○○○○○○○○

【検査の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
細胞診年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
細胞診材料	<input checked="" type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色（抗体名） <input checked="" type="checkbox"/> calretinin (<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> D2-40 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CAM5.2 ^{注1)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> AE1/AE3 ^{注1)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CEA ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ^{注2)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> Ber-EP4 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> MOC-31 ^{注3)} (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> ギムザ染色 <input checked="" type="checkbox"/> その他（PAS 染色、酸性粘液染色、ヒアルロナーゼ消化試験、電子顕微鏡検索等の結果があれば記載して下さい。） （電子顕微鏡検索にて細長な（LDR15以上）微繊毛をみる _____）

注1）肉腫型中皮腫が疑われる場合に確認することが望ましい。
注2）肺がんとの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。
注3）卵巣がんとの鑑別を要する場合に確認することが望ましい。

【所見】 ※主にパバニコロウ染色標本に基づく形態的所見（腫瘍細胞の形態・増殖形態等）を詳細に記載して下さい。

背景は出血性で、マクロファージやリンパ球などを多く認める中に類円形核を有し、核クロマチン増量を呈する異型細胞が多数出現している。細胞集塊としては、乳頭状ないし球状集塊であり、数個の細胞では細胞相接像や相互封入所見が目立つ。核はほぼ細胞中心性の傾向が目立ち、小型類円形核小体を1-2個有している。細胞質はライトグリーン好性であり、全般に重厚感を呈し、細胞質辺縁部はややblur（ぼんやりした）な境界を示す。また、2核細胞の頻度が高く、2核以上の多核細胞の頻度は約25%程度である。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

PAS染色では、顆粒状の陽性物質が目立ち、ジアスターゼ消化で殆ど消失する。また、アルシアン青染色では、細胞膜部に微弱な陽性所見を呈し、時には細胞質内に陽性所見を示し、ヒアルロナーゼ消化で、消失する。また、腺癌細胞や反応性中皮細胞では、2核以上の多核細胞は約10%程度であること及び免疫染色結果より、中皮腫と診断した。

上記のとおり、診断します。
平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関所在地
医療機関の名称
電話番号
担当科名
医師の氏名

〒XXX-XXXX
○○県○○市○○○○○
○○○○○○○○○○○病院
☎ XXX-XXX-XXXX
○○○科
○ ○ ○ ○

印

実際に細胞診標本を検鏡した医師が記載して下さい。既に医療機関において作成された細胞診報告書(オリジナルレポート)がある場合は、そのコピーを添付していただいてもかまいません。(その場合、この様式の内容(形態的所見など)が漏れなく記載されていることをご確認下さい。)

判定様式第6号 石綿計測結果報告書

判定様式第6号

石綿による健康被害の救済に関する法律
認定申請用/特別遺族申立金・特別葬祭料請求用
石綿計測結果報告書

患者氏名	〇 〇 〇 〇	男	〇 〇 〇 〇	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (西暦)
石綿計測実施施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇センター		検査番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

【計測の詳細】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体採取年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
計測年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
検査材料	<input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> 生検 (□VATS □TBLB □針生検 □その他:)
計測方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 (生検を除く) □BALF <input checked="" type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による石綿小体の計測 <input type="checkbox"/> 分析走査型電子顕微鏡による石綿繊維の計測 <input type="checkbox"/> 分析透過型電子顕微鏡による石綿繊維の計測 <input type="checkbox"/> その他

【肺組織の計測結果】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

検体保存状態	<input checked="" type="checkbox"/> ホルマリン固定 <input type="checkbox"/> パラフィンブロック
検体部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input checked="" type="checkbox"/> 右肺中葉 <input checked="" type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他 ()

検体部位	湿重量 (g)	乾重量 (g)	位相差顕微鏡による石綿小体測定結果		電子顕微鏡による石綿繊維測定結果	
			石綿小体濃度 (AB/g (乾肺))	検出下限値 (AB/g (乾肺))	石綿繊維濃度 (F/g (乾肺))	検出下限値 (F/g (乾肺))
1) 右肺下葉	1.68820	0.33559	6.600	300		
2) 右肺中葉	1.05835	0.18735	5.600	280		
3)						
4)						
5)						

(注) AB: 石綿小体数 F: 石綿繊維数
検出下限値: 実施した計測において、1本の石綿小体又は石綿繊維が検出されたときの石綿小体濃度又は石綿繊維濃度

検体の採取部位をできるだけ記載して下さい。

検体は非腫瘍部を優先して計測して下さい。

病理標本やブラン擦過診等で石綿小体が確認された場合は、記載して下さい。なお、石綿小体が確認できる写真は参考となる場合がありますので、添付をお願いします。

【BALFの計測結果】 ※該当する□にレ印を付し、必要事項を記入してください。

採取部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input type="checkbox"/> 右肺中葉 <input type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査に用いた生理食塩水の注入量及び回収量	ml ・注入量 ml ・回収量 ml
計測結果	採取部位 BALF (ml) 石綿小体濃度 (AB/ml) 検出下限値 (AB/ml)
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

(注) BALF (ml): 実際に計測に使用した量、AB: 石綿小体数
検出下限値: 実施した計測において、1本の石綿小体が検出されたときの石綿小体濃度

【その他】

上記のとおり、計測結果を報告します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

計測機関所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
計測機関名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇センター
電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
担当者氏名 〇〇〇〇

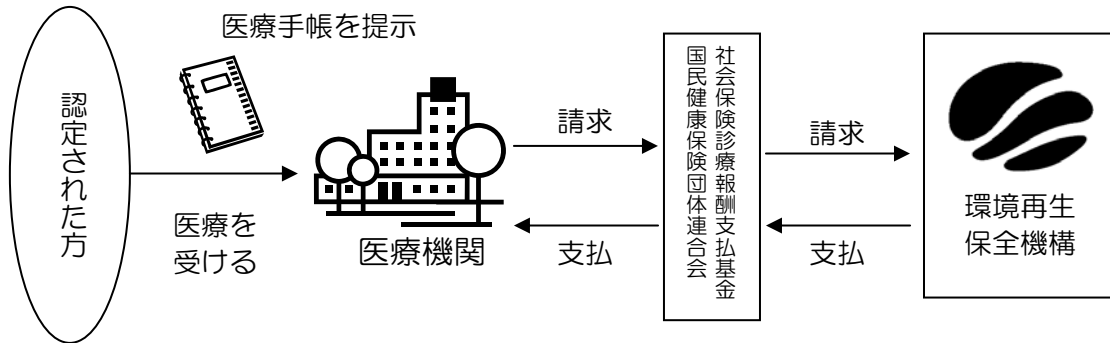
印

4. 3 医療費（自己負担分）の支給

認定された患者さんの認定された疾病（中皮腫又は肺がん）に対する医療は保険優先の公費負担医療となります。認定された方には「石綿健康被害医療手帳」が交付されます。認定された方がこの医療手帳を提示して保険医療機関等において医療を受けたときは、認定された疾病（中皮腫又は肺がん）にかかる医療費の自己負担分に相当する額（医療に要した費用の額から、健康保険法等により給付される額を除いた額）を機構が国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金を通じて支払います。

なお診療報酬および介護給付費の審査請求の詳細については、国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金にお問い合わせください。

○医療費支給の流れ



○根拠法等

根拠法	給付対象	法別番号	受給証明	公費負担者	公費負担者番号
石綿による健康被害の救済に関する法律	指定疾病にかかる医療	66	石綿健康被害医療手帳	独立行政法人環境再生保全機構	66141011

○石綿健康被害医療手帳の様式

(裏面)

石綿健康被害医療手帳

手帳番号

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

氏名

性別

生年月日

認定疾病の名称

交付年月日

有効期限

発行機関及び印

(前面)

治療

疾病の名称	治療の名称	医療機関の名称

みほん

<注意事項>

- 1 保険医療機関等において医療を受ける場合、保険者証、組合員証又は老人保健法医療受給者証に添付して、この石綿健康被害医療手帳を必ず添付して提出してください。
- 2 認定疾病（付随して発生するいわゆる続発症を含む。）について、医療保険の給付対象となる診療及び介護療養の医療を受ける医療費が自己負担となる場合、保険適用となる範囲の自己負担分が給付対象となります。療養性医療、療育医療、正業分給に係る歯科診療、第三者行為による医療、その他に原因が明らかであると主治医が認められる医療については対象となります。
- 3 緊急時のみならず、理由が不明なときに、手帳を提示せずに保険医療機関等から医療を受けた場合や、保険医療機関等以外から医療を受けた場合は、後から、(国)環境再生保全機構に医療費の支払を請求することができます。
- 4 住所又は氏名に変更があったときは、速やかに届出してください。
- 5 認定疾病がなくなったとき、この手帳の有効期間が満了したとき、認定の取消しを受けたとき、又は被認定者が死亡したときは、この手帳を速やかに返還してください。
- 6 この石綿健康被害医療手帳は紛失しないようにしてください。もし、破損したり、汚れたり又は紛失したときは、速やかに届け出てください。
- 7 不正にこの証を使用した者は刑罰によって罰則として懲役の処分を受けます。

ただし、基準日（7ページ参照）から医療手帳が交付されるまでの間に、保険医療機関等において中皮腫又は肺がんに対する医療を受けたときにかかった医療費の自己負担分については、後日、患者さんが医療費請求書に添付書類を機構に請求することで支払われます。また、医療手帳が交付された後であっても、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で医療を受けたときや、医療手帳を提示せずに保険医療機関等から医療を受けたときも、後日、患者さんが医療費請求書に添付書類を機構に請求することで支払われます。

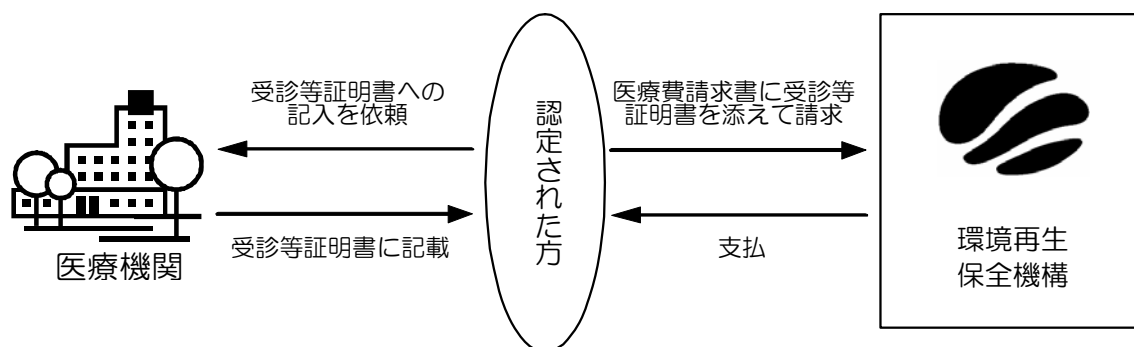
この場合の添付書類として、認定疾病（中皮腫又は肺がん）に対して行われた医療について、患者さんからの依頼があった場合には、医療費の総額と自己負担分の額を月ごとに記載した「**受診等証明書（手続様式第11号）**」を医療機関から発行していただく必要があります。

受診等証明書には、「認定疾病に係る療養を開始した日」を記入していただく必要があります。記入のあった療養を開始した日が認定の申請のあった日の3年前の日前である場合には、機構において3年前の日を基準日と決定し、基準日以降の医療費を支給します。複数の医療機関、薬局で療養の給付を受けた場合は、その機関ごとの受診等証明書が必要となります。それぞれの療養開始日のうち最も早い日を患者さんの療養開始日とし、基準日を決定することとなります。療養開始日の具体例については、21～22ページを、受診等証明書の記載例は23ページをご参照下さい。

なお、医療費については、中皮腫及び肺がんそのものに対する医療のほか、その続発症について医療を受けた場合も同様に認定された方の自己負担分を機構が支払います。なお、認定疾患と関連性のない次のような疾病等について医療を受けた場合は、対象となりません。

- ① 先天性疾患、遺伝性疾患
- ② 歯科診療、正常分娩に係る産科診療
- ③ 他者の犯罪行為等第三者行為による傷害
- ④ 交通事故、労働災害、天災等の不慮の事故等他に原因が明らかである疾病等

○医療手帳が交付されるまでの間などにおける医療費請求・支給の流れ



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

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、増悪してきたため平成 X 年 5 月 22 日に当院総合診療科受診。大量胸水認め、呼吸器内科に転科、入院精査にて胸膜中皮腫と診断。

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:平成 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	平成 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(当院初診は平成 W 年 1 月 18 日)。以前より胸膜プラークを指摘されていた。平成 X 年 11 月 7 日、フォローアップのための胸部 X 線写真にて腫瘍影を認め、入院精査の結果、肺癌と診断。

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:平成 X 年 11 月 7 日

例 3-1：検診から診断に至った場合

当院における平成 X 年 4 月 5 日撮影の胸部 X 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:平成 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平成 X 年 3 月 10 日に胸部 X 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:平成 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、平成15年より当院内内分泌代謝科に通院。平成X年6月3日の受診時に循環器チェックのため胸部X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:平成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

平成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:平成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

平成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:平成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:平成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:平成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:平成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平成X年9月15日当院に救急搬送。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:平成X年9月15日

5 療養中の方がお亡くなりになった場合の給付

葬祭料及び救済給付調整金について

認定された患者さんが認定疾病が原因でお亡くなりになった時は、葬祭料が給付されます。

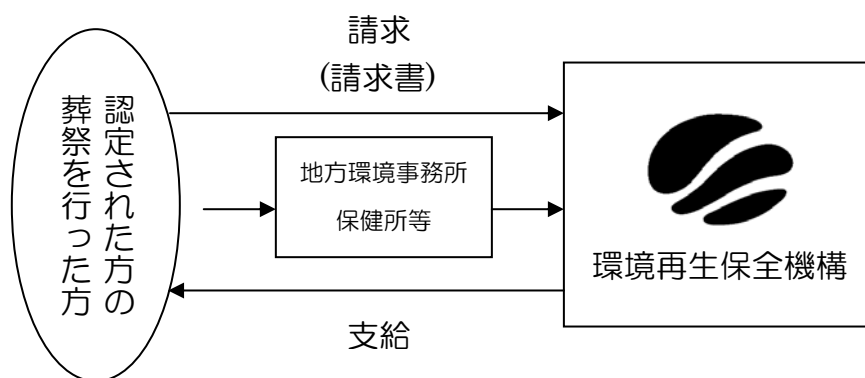
また、認定された患者さんが、認定疾病が原因でお亡くなりになった場合には、すでに支給された医療費及び療養手当並びに未支給の医療費の額の合計額が、特別遺族弔慰金の額（280万円）に満たないときは、その差額分が救済給付調整金として給付されます。

葬祭料及び救済給付調整金の請求には、次の事項を証明できる書類が必要ですので、患者さんが認定疾病に起因して死亡した場合には、以下の事項を記載した**死亡に関する診断書等の発行**をお願いいたします。

- ・死亡した事実
- ・死亡年月日
- ・認定疾病（中皮腫又は肺がん）に起因して死亡したこと

死亡に関する診断書の様式は、特段定められておりませんので、この内容を含んだ診断書であれば、どのようなものでも差し支えありません。

○葬祭料請求・支給の流れ



6 平成 18 年 3 月 27 日（法施行日）前にすでに指定疾病が原因でお亡くなりの方のご遺族への給付

「石綿による健康被害の救済に関する法律」の施行日（平成 18 年 3 月 27 日）より前に指定疾病が原因でお亡くなりになった方（以下「施行前死亡者」という。）のご遺族には、「特別遺族弔慰金」と「特別葬祭料」が支給されます。

施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金等を給付するためには、石綿を吸入したことにより指定疾病にかかり、指定疾病が原因で死亡したことを確認することが必要です。機構では、次のようにこれを確認することとしています。

1) 中皮腫

中皮腫については、中皮腫であるとの診断を受けていたこと、中皮腫に起因して死亡したことが客観的に確認できることが必要であり、具体的には、次のいずれかにより確認します。

- ① 死亡に関して市区町村長に提出した死亡診断書又は死体検案書において、死亡の原因として「中皮腫」の記載があること（良性疾患であることを明記したものを除く。）を確認できること
- ② 死亡時の診療録に中皮腫に起因して死亡したことの記載があることを確認できること

①については、申請者に代わり、機構が市町村や法務局に照会し確認します。

②による場合には、死亡の当時の診療録の写し、剖検記録（原本証明がなされているもの）を患者さんのご遺族へご提供くださいますようご協力お願いします。

2) 肺がん

肺がんについては、肺がん（原発性肺がんであることが否定できないものに限る。以下同じ。）であるとの診断を受けていたこと、肺がんに起因して死亡したことが客観的に確認できるとともに、石綿を吸入することにより肺がんが発症したことを示す医学的所見が確認できることが必要です。

肺がんであるとの診断を受けていたこと、肺がんに起因して死亡したことは、具体的には、中皮腫の場合と同様に次のいずれかにより確認します。

- ① 死亡に関して市区町村長に提出した死亡診断書又は死体検案書において、死亡の原因として「肺がん」の記載（転移によるものを示す記載を除く。）があることを確認できること
- ② 死亡時の診療録に原発性肺がんであって、これに起因して死亡したことの記載があることを確認できること

①については、申請者に代わり、機構が市町村や法務局に照会し確認します。

②による場合には、死亡の当時の診療録の写し、剖検記録（原本証明がなされているもの）を患者さんのご遺族へご提供くださいますようご協力お願いします。

ます。

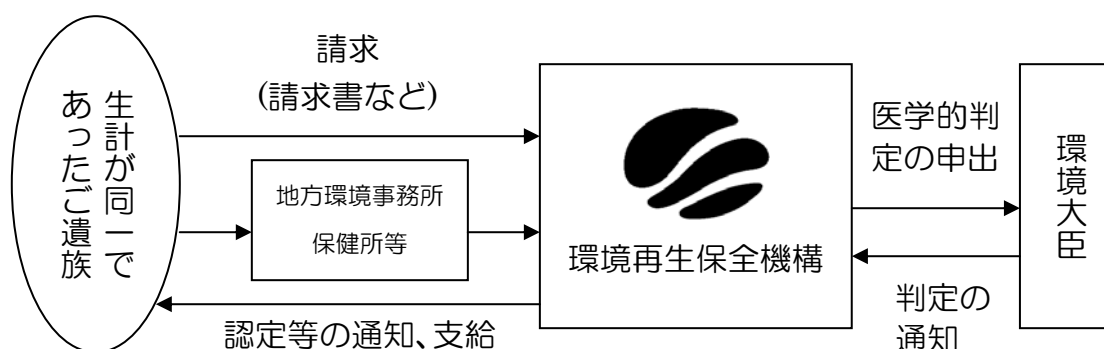
また、石綿を吸入することにより肺がんが発症したことを示す医学的所見としては、以下のいずれかが認められることについて医師の報告書が必要です。報告書の様式がありますので、記載例を参照してください。

ア 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があつて胸部CT検査においても肺線維化所見が認められること。

イ 肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(次のいずれか)認められること

- ・乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体
- ・乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維
(5 μ m超。2 μ m超の場合は500万本以上)
- ・気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上の石綿小体

○特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求・支給の流れ



施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金等の請求期限は平成24年3月27日までです。特別遺族弔慰金等の請求を行うご遺族の方がいらっしゃる可能性がありますので、それまでの間は、法施行前に石綿による中皮腫や肺がんでお亡くなりになった患者さんの医学的資料については、できるだけ廃棄しないようご配慮いただけますよう、お願い致します。

判定様式第3号 石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用）

判定様式第3号

一 記載例 一

石綿による健康被害の救済に関する法律
施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用

石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用）

患者氏名	○ ○ ○ ○ (男) 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
診断名	原発性肺がん（腺がん）			カルテ番号 ○○○○○○○○○○

石綿が原因であることを示す医学的所見 (裏面の判定基準参照)	放射線画像で胸膜プラークを認めたが、肺線維化は明らかではなかった。院内に保存されていた手術材料を用いて石綿小体を計測したところ、下葉で10,000本/g以上であったことから、石綿による肺がんを考える。
その他の参考事項	(石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、ご記入下さい。) 成人するまで、家業の石綿紡織工場を手伝いをしていた。

※石綿が原因であることの根拠となったもの、ならびに確認された所見について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当する画像、報告書等を添付して下さい(写し可)。

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部単純エックス線画像 撮影年月日 平成 ○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CT画像 (HRCT画像の添付が望ましい) 撮影年月日 平成 ○○年 ○○月 ○○日	<input type="checkbox"/> 胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 肺線維化 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input checked="" type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書 (判定様式第6号又はそれと同等の内容を含む石綿計測結果報告書を添付して下さい。) 検査実施年月日 平成 ○○年 ○○月 ○○日	
<input type="checkbox"/> その他の検査・画像 (検査・画像名:) 検査実施年月日 平成 年 月 日	

※肺組織採取等に関する事項

肺摘出術あるいは剖検による採取の有無 (生検を除く)	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	術式 (左肺下葉摘出術) 実施日 平成 ○○年 ○○月 ○○日
----------------------------	--	--------------------------------------

上記のとおり石綿が原因であることを示す医学的所見が認められたことを報告します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関所在地 〒XXXX-XXXX
○○県○○市○○○○○
医療機関の名称 ○○○○○○○○○○病院
電話番号 TEL XXX-XXX-XXXX
診療担当科名 ○○○科
医師の氏名 ○ ○ ○ ○ (印)

■石綿が原因であることの根拠となった画像(胸部CT、胸部単純エックス線)を必ず添付して下さい。

■胸部CTの画像は、胸郭内の一部のものでなく、全レベルにおける肺野条件及び縦隔条件の画像を添付して下さい。

■胸部HRCT画像は肺線維化所見の同定に有用であることが多いので、可能な限り、非腫瘍側(特に下肺野)の画像を添付して下さい。

7 平成18年3月27日（法施行日）以後に指定疾病が原因でお亡くなりの方の御遺族への給付

「石綿による健康被害の救済に関する法律」の施行日（平成18年3月27日）以後に認定の申請を行わず、指定疾病が原因でお亡くなりになった方（以下「未申請死亡者」という。）のご遺族には、「特別遺族弔慰金」と「特別葬祭料」が支給されます。

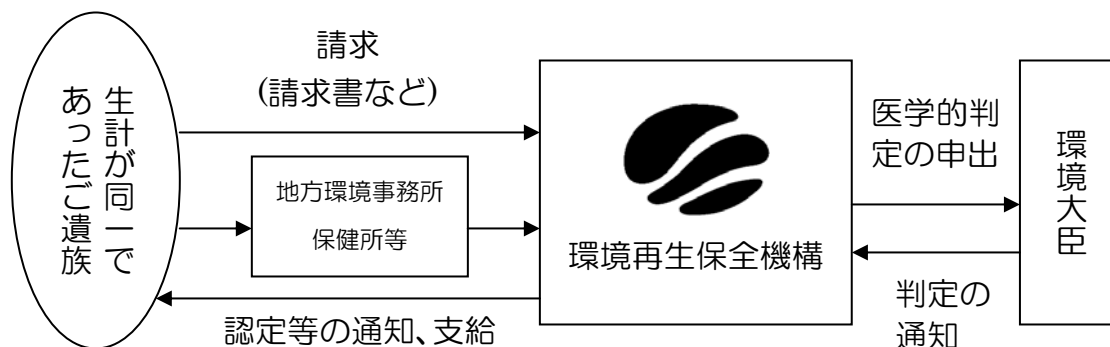
未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金等を給付するためには、日本国内において石綿を吸入したことにより指定疾病にかかり、認定の申請を行わずにこの疾病が原因で死亡したことを確認することが必要です。

未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金等の請求には、医師の診断書や診断の根拠となった画像（CT、単純X線等）病理組織診断書、各種検査報告書等が必要です（※）。機構では、提出された診断書等については、環境大臣に医学的判定を申し出、これを受けて、環境大臣は、中央環境審議会の意見を聴いて医学的判定を行い、判定結果を機構に通知します。機構はその判定結果に基づいて、認定の可否を決定し、認定を受けたご遺族に対して特別遺族弔慰金・特別葬祭料を支給します。

この場合の、指定疾病にかかった旨の医学的判定は、3～6ページに記載されている、現在ご療養中の方と同じ考え方により行われることとなります。未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金等の請求のため、診断書等について依頼があった場合には、医学的判定に必要な事項を盛り込んだ診断書等を記載してくださいよう、お願いします。診断書等の様式がありますので、11～18ページの記載例を参照ください。

※ 診断書等に添付いただいた単純エックス線画像やCT画像等については、認定作業が終了した後に、申請者に返却いたします。

○特別遺族弔慰金・特別葬祭料・支給の流れ



8 労災補償制度又は特別遺族給付金について

石綿健康被害救済制度（救済給付関係）は、労災補償制度や特別遺族給付金の対象とならない方に対する救済の制度です。石綿による中皮腫、肺がんの多くは職業ばく露によるものと言われており、石綿による中皮腫、肺がんが疑われる患者さんがいた場合は、以下を参考に労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となる可能性について十分ご留意下さい。

1) 労災補償や特別遺族給付金の内容について

労働者又は特別加入者でアスベストにさらされる業務に従事したことにより、中皮腫、肺がん、石綿肺等にかかった場合には、労災保険法に基づく「療養補償給付」や「休業補償給付」の支給対象となります。また、業務上のアスベストによる健康被害により死亡した場合には、遺族に対して「遺族補償年金」が支給されます。

また、労働者又は特別加入者のご遺族で、時効により労災保険法に基づく遺族補償給付の支給を受ける権利が消滅した方に対しては、「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づき、「特別遺族給付金」が支給されます。

2) 労災補償又は特別遺族給付金の対象となる可能性について

石綿による健康被害については、潜伏期間が長いものが多く、被害者が石綿を取り扱っていたことを忘れていたり、または認識せずに労働していたりする場合も多いことから、被害者の中には石綿にさらされる業務に従事していたことを自覚していない場合も多いといわれております。

石綿による健康被害の疑われる患者さんがいた場合は、丁寧に過去の労働歴を聴取することが重要です。

3) 労災補償制度又は特別遺族給付金についての情報提供について

被害者のためにも、労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となる可能性がある被害者に対しては、労災補償制度又は特別遺族給付金について情報提供していただくようお願いします。

労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となると思われる方については、その方に、最寄の労働基準監督署に相談するよう、ご指導いただきますようお願いいたします。


全国労働基準監督署所在地

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/location.html>

お問い合わせ

申請書類の様式は、こちらの窓口またはホームページから入手いただけます。
書類の受付は、こちらの窓口または郵送でお受けいたします。

独立行政法人 環境再生保全機構 <http://www.erca.go.jp>

 フリーダイヤル 0120-389-931

- ・川崎本部
〒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
TEL：044-520-9508（代）
- ・大阪支部
〒530-0002
大阪市北区曽根崎新地1-1-49 梅田滋賀ビル4F
TEL：06-6342-0335（代）

環境省 地方環境事務所 <http://www.env.go.jp/region/>

- ・北海道地方環境事務所
〒060-0808
札幌市北区北8条西2丁目 札幌第一合同庁舎
TEL：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6F
TEL：022-722-2867
- ・関東地方環境事務所
〒330-6018
さいたま市中央区新都心11-2
明治安田生命さいたま新都心ビル18F
TEL：048-600-0815
新潟事務所
〒950-0078
新潟市万代島5-1 万代島ビル15F
TEL：025-249-7575
- ・中部地方環境事務所
〒460-0003
名古屋市中区錦3-4-6 桜通大津第一生命ビル4F
TEL：052-955-2134
- ・近畿地方環境事務所
〒540-6591
大阪市中央区大手前1-7-31 OMMビル8F
TEL：06-4792-0703
- ・中国四国地方環境事務所
〒700-0984
岡山市桑田町18-28
TEL：086-223-1581
高松事務所
〒760-0023
高松市寿町2-1-1
高松第一生命ビル新館6F
TEL：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
TEL 082-511-0006
- ・九州地方環境事務所
〒862-0913
熊本市尾ノ上1-6-22
TEL 096-214-0332
福岡事務所
〒812-0013
福岡市博多区博多駅東2-6-23
博多駅前第2ビル7F
TEL 092-437-8851

保健所等

申請・請求・届出を行える保健所等については、独立行政法人環境再生保全機構石綿健康被害救済部企画調整課（TEL044-520-9614）へお問い合わせいただくか、URL <http://www.erca.go.jp/asbestos/>（石綿による健康被害の救済に関する情報）を参照してください。

