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	明治　大正 昭和　平成　　年　月　日 令和
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っては、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　平成・令和　年　月頃 5. 請求予定なし		
	建設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. 不認定　4. 認定 請求時期　平成・令和　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。		☐ 希望します。 ☐ 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。		☐ 同意します。 ☐ 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。		☐ 同意します。 ☐ 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。

令和　　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っては、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。