

石綿（アスベスト）健康被害救済制度 特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求の手引き

《 著しい呼吸機能障害を伴う 石綿肺 または びまん性胸膜肥厚により、
平成 **22** 年 **6** 月 **30** 日以前（改正政令施行前）にお亡くなりになった方のご遺族 》

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）にかかりお亡くなりになった方のご遺族（※1）で、労災補償等の給付を受けることができない方に特別遺族弔慰金等の救済給付が支給されます。

ご遺族の方が、独立行政法人 環境再生保全機構（以下「機構」といいます。）に請求をして認定を受けることにより（※2）、下記の給付を受けることができます。

- ・ 特別遺族弔慰金： **280** 万円
- ・ 特別葬祭料： **19万9千**円

（※1） 改正政令が施行されるより前に指定疾病でお亡くなりになった方（以下「施行前死亡者」といいます。）と一定の身分関係（2親等以内）にあり、お亡くなりになった当時、生計同一関係にあったご遺族に限ります。また、請求権には優先順位があります（→ 2ページ）。

（※2） 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。

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

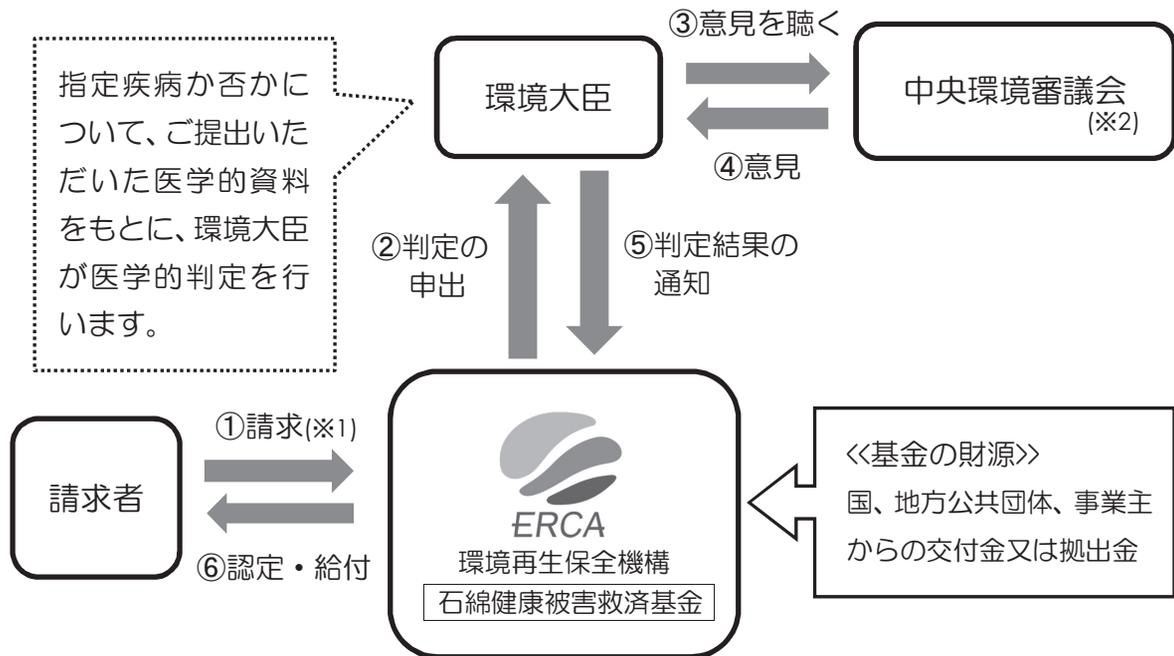


さあはやく きゅうさい
0120-389-931

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

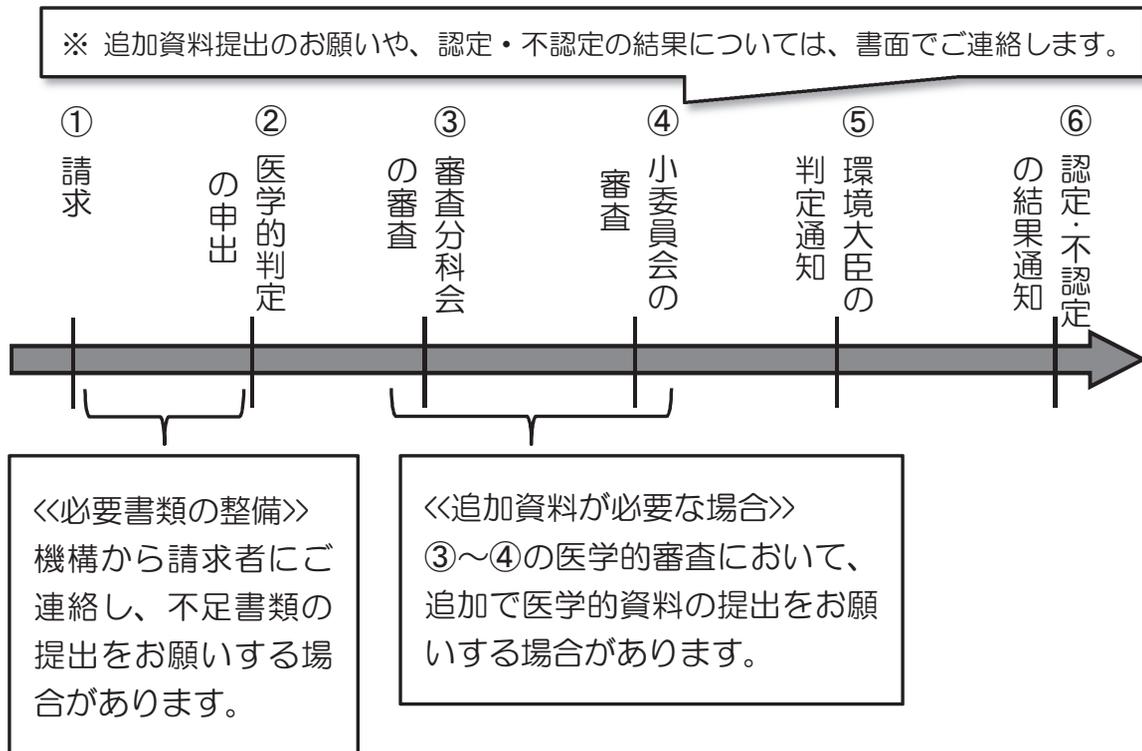


(※1) 郵送により環境再生保全機構（以下「機構」といいます。）に直接請求いただけるほか、各地の保健所、環境省の地方環境事務所においても受け付けています。

(※2) 環境大臣の医学的判定が必要になった際は、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。

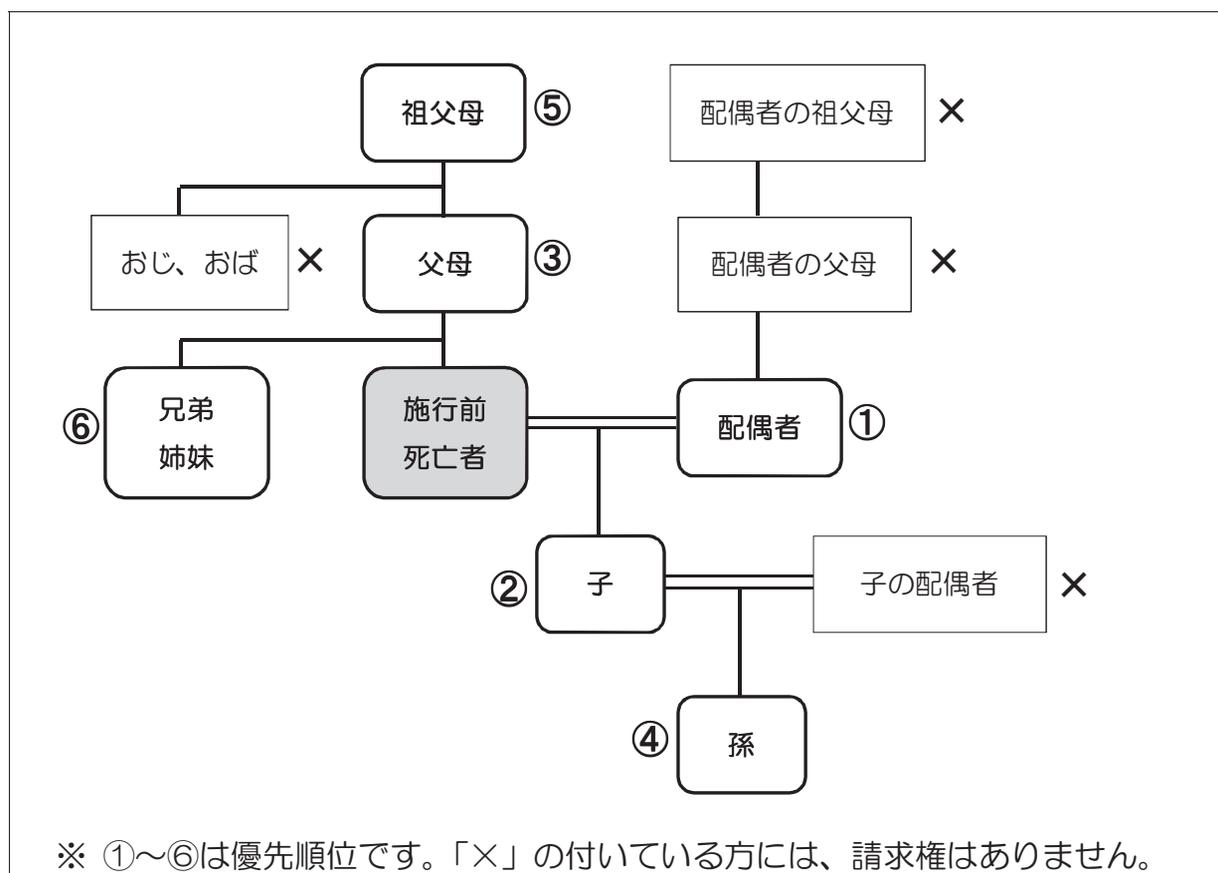
○ 認定までの流れ

環境大臣の医学的判定が必要となった際は、請求から認定などの結果通知まで、最短でも3か月ほどお時間をいただきます。



○ 請求を行うことができるご遺族と順位

特別遺族弔慰金等を請求できるご遺族は、指定疾病でお亡くなりになった方（施行前死亡者）の ① 配偶者（事実婚を含む）、② 子、③ 父母、④ 孫、⑤ 祖父母、⑥ 兄弟姉妹で、お亡くなりになった当時、生計を同じくしていた方に限ります。また、①～⑥ の順に優先順位があります。



<注意点>

1人の施行前死亡者について、1人のご遺族のみ請求することができます。

他に優先順位の高いご遺族の方がいらっしゃる場合、優先順位の低いご遺族の方は請求を行うことはできません。

また、優先順位が同じご遺族が2人以上いらっしゃる場合には、そのうち1人から請求していただくことになります。法律上、ご遺族間での配分などにつきましては、機構は関与することができませんので、予めご了承ください。

○ 請求に必要な書類

請求の際は、以下の資料を機構にご提出ください。
詳しくは次ページ以降で解説します。

<p>特別遺族弔慰金 等請求書 (施行前死亡者用) (手続様式第16号)</p>	<p>身分関係を 証明できる 戸籍の謄本 など</p>	<p>生計を同じ くしていた ことを証明 できる書類</p>
<p>→ 記載例 9~10ページ</p>	<p>→ 4ページ参照</p>	<p>→ 5ページ参照</p>
<p>※ 建設アスベスト給 付金制度にびまん性胸 膜肥厚で認定済みの方 については、本資料を 省略して請求いただく ことができます。</p>	<p>※ 建設アスベスト給 付金制度にびまん性胸 膜肥厚で認定済みの方 については、本資料を 省略して請求いただく ことができます。</p>	
<p>死亡診断書等を 法務局に照会する ことに関する 同意書 (手続様式第16の2号)</p>	<p>石綿のばく露 に関する申告書 (判定様式第9号)</p>	
<p>→ 記載例 11ページ</p>	<p>→ 記載例 12~13ページ</p>	

※ お手元に死亡診断書の写しがある際は、併せてご提出ください。

死亡診断書等で指定疾病にかかったことにより死亡したことが確認できない場合、
医学的資料をもとに、環境大臣が医学的判定を行います。なお、カルテなどは一
定期間後処分されますので、医学的資料の状況については、医師、医療機関にご
確認ください。（関連のQ&Aが8ページにあります。）

○ 身分関係を証明できる戸籍の謄本

請求者と施行前死亡者との身分関係を証明することができる
戸籍の謄本（施行前死亡者の死亡日・死亡届出日が記載されているもの）

- 戸籍の謄本で、**請求者が請求権の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などの不在（死亡や離婚など）も確認します**ので、そのことがわかる戸籍の謄本をご提出いただくことになります（請求できる順位は、2ページ参照）。
- なお、戸籍の謄本は、必ず、施行前死亡者の**死亡日・死亡届出日**が記載されているものをご提出ください。法務局に死亡診断書または死体検案書の照会をするために必要となります。
- 戸籍謄本で先順位者の不在が確認できない場合や、戸籍謄本に死亡日・死亡届出日の記載が無い場合は、「改製原戸籍」や「除籍謄本」が必要になります（6ページ参照）。
- 戸籍の謄本は**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）。

（例1）現在も施行前死亡者と同じ戸籍の配偶者が請求する場合

身分関係（施行前死亡者の配偶者であること）がわかる戸籍



配偶者（生存） 施行前死亡者



施行前死亡者の死亡日・死亡届出日がわかること

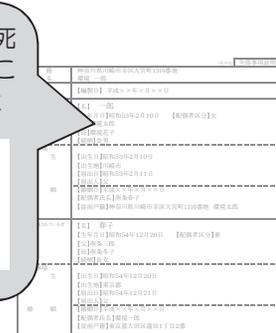
除籍	【名】 太郎
死亡	【死亡日】 平成×年×月×日
	【死亡地】 大阪府大阪市
	【届出日】 平成×年×月×日
	【届出人】 環境一郎

施行前死亡者の戸籍

（例2）すでに施行前死亡者の配偶者が死亡しており、結婚して新たに戸籍を編製した子が請求する場合

身分関係（施行前死亡者の子であること）がわかること

【名】 一郎
【父】 環境太郎
【母】 環境花子

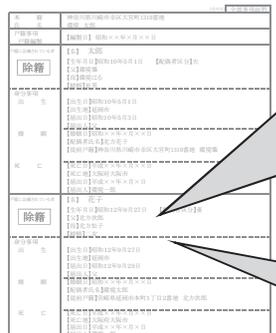


請求順位が上位の者の不在（死亡・離婚など）がわかる戸籍



配偶者（死亡など） 施行前死亡者

子（請求者）の戸籍



施行前死亡者の死亡日・死亡届出日がわかること

施行前死亡者の戸籍

○ 生計を同じくしていたことを証明できる書類

請求者が施行前死亡者の死亡の当時、施行前死亡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

施行前死亡者の死亡の当時、同居や扶養関係などから**請求者と施行前死亡者が生計を同じくしていたこと**を確認します。

生計同一関係の証明書として考えられるもの（例）

<p>施行前死亡者の死亡の当時同居していた場合</p>	<p><同居の証明> 施行前死亡者の死亡当時、施行前死亡者と請求者の住所が同じであったことを証明できるもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 施行前死亡者の住民票除票と請求者の住民票 ● 消除者（施行前死亡者）を含む世帯全員の住民票 ● 施行前死亡者と請求者の戸籍の附票<small>（6ページ参照）</small> <p>※住民票は、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。</p> <p><上記が入手できない場合> （扶養関係の証明）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保険証の写し ● 收受印のある確定申告の控え ● 証明印のある源泉徴収票 <p>（その他）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 第三者による生計同一証明 など<small>（7ページ参照）</small> <p style="text-align: right;">} 死亡当時扶養関係にあったことがわかるもの</p>
<p>施行前死亡者の死亡の当時同居していなかった場合</p>	<p><扶養関係の証明></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保険証の写し ● 收受印のある確定申告の控え ● 証明印のある源泉徴収票 <p><上記が入手できない場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 第三者による生計同一証明 など<small>（7ページ参照）</small> <p style="text-align: right;">} 死亡当時扶養関係にあったことがわかるもの</p> 

- どれか1つの書類だけでは、施行前死亡者の死亡の当時、請求者と施行前死亡者が生計を同じくしていたかどうか証明できない場合、複数の書類を組み合わせるなどしてご提出いただくことがあります。
- 市区町村における戸籍の附票の除票及び住民票の除票は、法令改正により令和元年6月20日から保存期間が150年間となりました。
 ただし、法令改正前の保存期間は5年間だったため、平成26年6月19日以前に消除または改製されたものについては交付できない自治体もあります。
- 戸籍の附票や住民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）。

○ Q&A

Q1 戸籍の種類にはどのようなものがありますか。

- 戸籍謄本（戸籍の全部事項証明書）

戸籍の原本全部を写したものを戸籍謄本といいます。全部事項証明書とは、コンピュータ化された戸籍謄本のことをいいます。

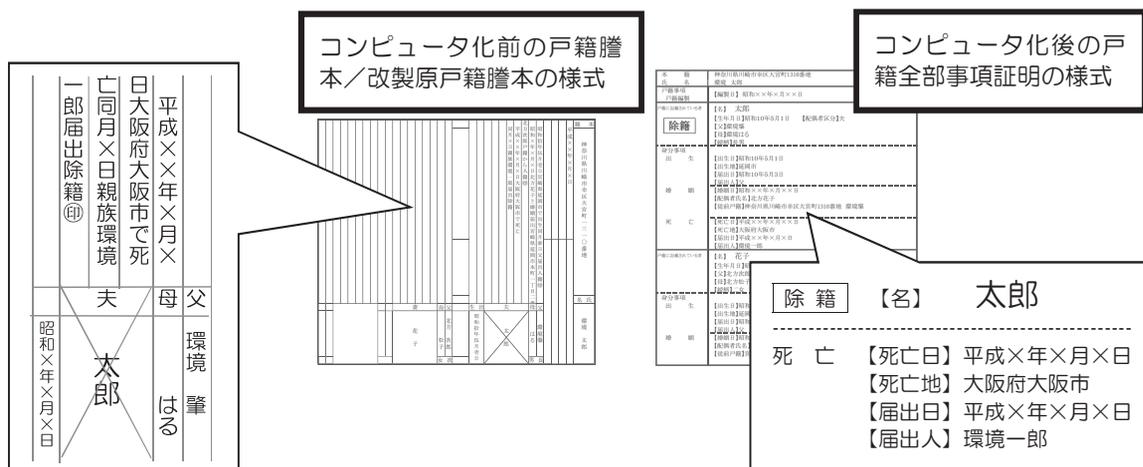
なお、全部事項証明書においては、コンピュータ化される前の戸籍の記載について省略されていることがあるため、コンピュータ化以前の出来事（死亡や離婚など）については、改製原戸籍謄本（後述）を確認しなければわからないことがあります。

- 除籍謄本

戸籍に属する全員が消除された場合、戸籍は除籍簿につづられ、150年間保存されます。この消除された戸籍の全部を転写したものを除籍謄本（除かれた戸籍の全部事項証明）といいます。

- 改製原戸籍謄本

戸籍のコンピュータ化による改製は、各市区町村において平成6年から順次実施されていますが、改製される前の戸籍謄本のことを改製原戸籍謄本といいます。改製原戸籍には、欄外に改製時期と「改製原戸籍」の表示があります。



- 戸籍の附票

戸籍の附票とは、戸籍に属する者の氏名、住所及び住所を定めた年月日が記載された記録のことをいいます。その戸籍に属する者の住所の履歴がわかります。

Q2 第三者による生計同一証明とは何ですか。

第三者による生計同一証明とは、施行前死亡者のお亡くなりの方の当時、施行前死亡者と請求者が生計を同じくしていたことを、第三者の方（施行前死亡者が受診されていた医療機関の方など）に証明いただくものです。証明の様式については特に定めはなく、下記の内容が含まれているものであれば、証明いただく方の所属されている組織・団体で定められた任意の様式をご利用いただけます。

＜生計同一証明に記載いただく内容＞

- ① 証明書の使用目的（「石綿健康被害救済制度 特別遺族弔慰金等請求のため」）
- ② 請求者の氏名と住所
- ③ 施行前死亡者の氏名と死亡当時の住所
- ④ 施行前死亡者の死亡当時、請求者と施行前死亡者が生計同一関係にあったと証明者が確認した根拠（できるだけ具体的に記入してください）
例：「ほぼ毎日、施行前死亡者の自宅で療養の世話・介護をしていた。」
「毎週3回程度、通院や病院等で療養の世話・介護をしていた。」
「月2回程度、金銭の支援や食料品等の生活用品の提供を行っていた。」等
※証明の際は、世話・介護・経済的支援等の頻度（月または週単位）も併せて記載してください。「定期的に」「日常的に」といった表現は避けていただき、「毎日」「週〇回程度」等、具体的な頻度をご記入ください。
- ⑤ 証明者の住所、電話番号、氏名、押印、証明日

なお、住民票その他の資料で生計を同じくしていたことが証明できる場合は、それらを優先してご提出ください。

Q3 他の制度により給付を受給したときはどうなりますか。

特別遺族弔慰金等の支給後に、損害のてん補や労災保険等による給付を受け、結果として二重にてん補されている場合には、重複している部分について特別遺族弔慰金等を返還いただくこととなります（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）。また、石綿による健康被害により、損害のてん補を受けられた場合や労災保険等による給付が行われるべき場合には、機構に対して届出を行う必要があります。

● 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)	労働者災害補償保険制度 最寄りの労働基準監督署または労働局
船員	船員保険制度 全国健康保険協会 船員保険部 TEL：03-6862-3060
元国鉄職員	業務災害補償・石綿（アスベスト）対策等 (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	国家公務員災害補償制度 勤務されていた省庁等
地方公務員	地方公務員災害補償制度 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

Q4 改正政令施行前に、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺またはびまん性胸膜肥厚により亡くなられた方には、どのような医学的所見が求められますか。

改正政令施行前に、被害者が著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺またはびまん性胸膜肥厚により亡くなられた場合には、その死亡原因として「石綿肺」または「びまん性胸膜肥厚」が記載された死亡診断書、若しくは死体検案書（市区町村に提出されたもの）または診療録の写しが必要となります。

※ 建設アスベスト給付金制度にびまん性胸膜肥厚で認定済みの方については、これらの資料を省略して請求いただくことができます。

Q5 死亡診断書等に「石綿肺」または「びまん性胸膜肥厚」という記載がない場合、特別遺族弔慰金等の請求が認められる可能性はありますか。

死亡診断書等に指定疾病の記載がなくても、改正政令施行前に作成された診療録の写しから環境大臣に医学的判定の申し出を行い、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺またはびまん性胸膜肥厚で死亡したことが証明できれば、認定されるケースもあります。

なお、医学的判定は、大量の石綿へのばく露、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されます。

参考：医学的判定の考え方

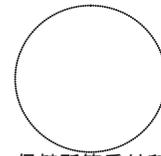
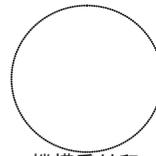
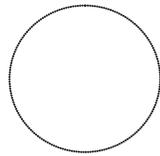
①～④全てを満たす場合に「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」または「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」とであると認められます。大量の石綿へのばく露歴、画像所見、呼吸機能検査結果といった情報をもとに総合的に判定します。

<p>著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺</p>	<p>① 大量の石綿ばく露があること。 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。 ③ 著しい呼吸機能障害があること。 ④ 他疾患との鑑別ができること</p>
<p>著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚</p>	<p>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 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画像から胸水の量に変化していないと判断する必要があります。 ③ 著しい呼吸機能障害があること。 ④ 他疾患との鑑別ができること</p>

○ 特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書 記載例

請求者の方は、巻末の手続様式第 16 号に必要事項を記入してください。

請求書を記入する際は、黒のボールペン等で必要事項を記入してください（消せるボールペン不可）。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 16 号(施行規則第 17 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(施行前死亡者用)

請求書番号			
フリガナ カンキョウ ハナコ		②請求者の生年月日	
①請求者氏名 環境 花子	男・女	請求者の方に日中ご連絡の取れる電話番号をご記入ください。	
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			
③請求者の住所 〒 ④欄は、施行前(未申請)死亡者からみた身分関係をご記入ください。	〒 大宮町 1310 TEL 044-520-XXXX		
④請求者の施行前死亡者との身分関係		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	
⑤ 同一生計であった者の死亡時に	氏名	施行前死亡者との身分関係	現在の連絡先
	環境 肇	父	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××××-××××-××××
	環境 花子	妻	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××××-××××-××××
	環境 一郎	子	〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町××××-××××-××××
⑥の死亡者の死亡時に同一生計であった方、全員を記入してください。		本請求書を提出する時の住所などをご記入ください。	
⑥施行前死亡者の氏名 環境 太郎	男・女	⑦施行前死亡者の生年月日	10年 5月 1日
フリガナ カンキョウ タロウ		カナガワケンカワサキシサイワイクオオミヤチョウ	
⑧施行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	
⑨施行前死亡者の死亡年月日		13年 2月 2日	
⑩施行前死亡者が死亡当時診療を受けていた医療機関	医療機関名:○○病院 〒XXXX-XXXX ○○県○○市○○町×× TEL XXX-XXXX-XXXX		
⑪請求に係る疾病名	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		
⑫施行前死亡者が死亡の当時、日本国内に住所を有していなかったときは、日本国内に住所を有していた期間	3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 または 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1つに○をつけてください。 月 日 月 日 年 月 日~ 年 月 日		

(注)太枠内を記入してください。

裏面へ続く→

裏面も記入してください。

→表面からの続き

⑬他 健 給	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 () 労働基準監督署 請求時期 ×年 ×月頃 請求予定なし	② 請求中	3. 不認定	4. 受給中
	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 ()			
	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請求情報の提供	労働者災害補償保険法の対象となる可能性がある場合に住所、氏名、連絡先等の請求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 checked="" type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。		
⑮請求情報の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、請求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 checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。			
⑯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。			
⑰石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無	無・有 (1. 係争中)	請求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、⑮⑯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。)			
令和 年 月 日 請求者氏名					

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。びまん性胸膜肥厚で認定済みの方は石綿のばく露に関する申告書等の資料を省略して請求いただくことができます。

記入した年月日をご記入ください。

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	〇〇〇	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	〇〇〇〇〇〇〇〇	通帳			
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			

振込みを希望する金融機関（銀行等またはゆうちょ銀行のいずれか）の口座を記入してください。口座名義には、請求者のお名前をお書きください。フリガナも忘れずにご記入ください。なお、請求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、誤りが無いか確認してください。「銀行等」の口座番号は7桁、「ゆうちょ銀行」の通帳番号は8桁でご記入ください（0も忘れずにご記入ください）。

(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です。
(注) 貯蓄預金は取り扱っていません。

※ 「③請求者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。

〒106-〇〇〇〇 東京都港区六本木×丁目××-×× TEL 090-××××-××××

氏名 環境 一郎 (請求者との続柄 子)

(注) 太枠内を記入してください。

○ 死亡診断書を法務局に照会することに関する同意書 記載例

※ 建設アスベスト給付金制度にびまん性胸膜肥厚で認定済みの方については、本資料を省略して請求いただくことができます。

施行前死亡者の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を独立行政法人環境再生保全機構が確認することについての同意書

施行前死亡者が**指定疾病に起因して死亡したかどうか**について、市区町村長に届け出た死亡診断書又は死体検案書（以下「死亡診断書等」という。）の記載を機構が確認します。機構は、同意書に基づき請求者に代わって死亡診断書等を保管している本籍地の法務局に照会を行いますので、巻末の手続様式第16の2号に必要事項を記入してください。

手続様式第16の2号（施行規則第17条関係）
石綿による健康被害の救済に関する法律
特別遺族弔慰金に係る同意書

指定疾病の種類を問わず、いずれの請求の場合も提出が必要です。

施行前死亡者の住所と氏名をご記入ください。

フリガナ	カンキョウ タロウ
①施行前死亡者氏名	環境 太郎
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
②施行前死亡者が死亡の 当時有していた住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310

独立行政法人環境再生保全機構が施行前死亡者の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を確認することに同意します。

請求者の住所をご記入いただき、署名をお願いします。

令和 ×年 ×月 ×日	
フリガナ	カンキョウ ハナコ
③請求者氏名	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
④請求者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310
⑤施行前死亡者との身分関係	配偶者

施行前死亡者から見た請求者の続柄をご記入ください。

(注)太枠内を記入してください。

死亡診断書等に指定疾病の記載がなかった場合は、指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「診療録の写し（原本証明のあるもの）」をご提出いただき、指定疾病に起因して死亡したことを確認できることが必要となります。

○ 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にびまん性胸膜肥厚で認定済みの方については、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	(男)女	生年 月日	明治 大正 (昭和)平成 令和	10年 5月 1日 (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	(昭和)平成 令和 33年 4月 ～ (昭和)平成 令和 48年 3月	作業内容 * (注)	番号 (2)	(具体的に) 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 所在地	事業場の 事業内容	事業場で の石綿取 扱い
		建築工事業		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
従事した 期間	(昭和)平成 令和 48年 4月 ～ (昭和)平成 令和 55年 7月	作業内容 * (注)	番号 (6)	(具体的に) 新造船のぎ装で機関室 やボイラーまわりの作業を行っていた。
会社名	(株)〇〇造船所	事業場の 所在地	事業場の 事業内容	事業場で の石綿取 扱い
		造船業		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
従事した 期間	(昭和)平成 令和 58年 4月 ～ (昭和)平成 令和 20年 12月	作業内容 * (注)	番号 (18)	(具体的に) 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 所在地	事業場の 事業内容	事業場で の石綿取 扱い
		機械設置事業		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明

* (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 / 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□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 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
請求にあたって
ご使用ください。

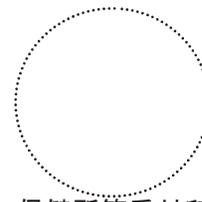
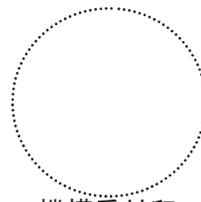
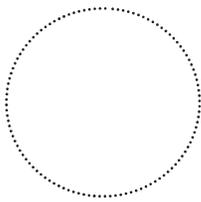
ミシン目で切り離せます。

- 特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書（施行前死亡者用）
- 同意書
- 石綿のばく露に関する申告書

請求書類は郵送などにより環境再生保全機構に直接
ご提出していただけるほか、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。

<機構に郵送する場合の送付先>

〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番
ミューザ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申請課 宛て



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 16 号(施行規則第 17 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(施行前死亡者用)

請求書番号				
フリガナ				
①請求者氏名		男・女	②請求者の生年月日	年 月 日
フリガナ				
③請求者の住所	〒			TEL
④請求者の施行前死亡者との身分関係		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		
⑤施行前死亡者であった者の死亡時に	氏名	施行前死亡者との身分関係	現在の連絡先	
			TEL	
フリガナ				
⑥施行前死亡者の氏名		男・女	⑦施行前死亡者の生年月日	年 月 日
フリガナ				
⑧施行前死亡者が死亡の当時有していた住所	〒			
⑨施行前死亡者の死亡年月日		年 月 日		
⑩施行前死亡者が死亡当時診療を受けていた医療機関	医療機関名: 〒	TEL		
⑪請求に係る疾病名	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			
⑫施行前死亡者が死亡の当時、日本国内に住所を有していなかったときは、日本国内に住所を有していた期間		年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日		

(注)太枠内を記入してください。

裏面へ続く→

→表面からの続き

⑬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 請求時期 年 月 頃 5. 請求予定なし	2. 請求中 () 労働基準監督署	3. 不認定	4. 受給中
	建設アスベスト給付金に関する請求等状況	1. 請求予定 請求時期 年 月 頃 5. 請求予定なし	2. 請求中	3. 不認定	4. 認定
	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	2. 船員保険 4. その他 ()		
⑭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請求情報の提供	労働者災害補償保険法の対象となる可能性がある場合に住所、氏名、連絡先等の請求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。	
⑮請求情報の活用	今後の石綿関連疾患の診断・治療法の向上等のために、請求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。	
⑯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。	
⑰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22条第1項の規定による特別遺族弔慰金・特別葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

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) 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。

※ 「③請求者の住所」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	(請求者との続柄)

(注) 太枠内を記入してください。

【記入上の注意】

1. 「⑤施行前死亡者の死亡時に同一生計※であった者」の欄に書ききれない場合、別紙に記入の上、添付してください。
※ 同一生計とは、施行前死亡者の収入によって日常生活の全部又は一部を、若しくは請求者（遺族）が施行前死亡者の日常生活の全部又は一部を補っていた場合などです。
2. 「⑫施行前死亡者が死亡の当時、日本国内に住所を有していなかったときは、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。
3. 「⑰石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無」で「有」の場合、「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。
4. 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特別遺族弔慰金及び特別葬祭料の請求に当たって独立行政法人環境再生保全機構へ提出した請求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。
5. 請求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。

手続様式第 16 の 2 号 (施行規則第 17 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
特別遺族弔慰金に係る同意書

フリガナ	
① 施行前死亡者氏名	
フリガナ	
② 施行前死亡者が死亡の 当時有していた住所	〒

独立行政法人環境再生保全機構が施行前死亡者の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を確認することに同意します。

令和	年	月	日
フリガナ			
③ 請求者氏名	TEL		
フリガナ			
④ 請求者の住所	〒		
⑤ 施行前死亡者との身分関係			

(注) 太枠内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 ～ 昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
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 ～ 昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
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 ～ 昭和 平成 令和 年 月	作業内容 *(注)	番号	(具体的に)
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 |

【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		

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●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

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 窓口・郵送先>

〒212-8554

神奈川県川崎市幸区大宮町1310番ミュージアム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 申請課

電話：0120-389-931 受付時間 10:00～17:00

(土・日・祝・12/29～1/3を除く)

<保健所及び環境省地方環境事務所>

環境再生保全機構のほか、保健所等及び環境省地方環境事務所でも受付を行っております。

それらの受付機関については、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、以下のURLから環境再生保全機構ホームページをご覧ください。

<https://www.erca.go.jp/asbestos/relief/madoguti/index.html>

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)

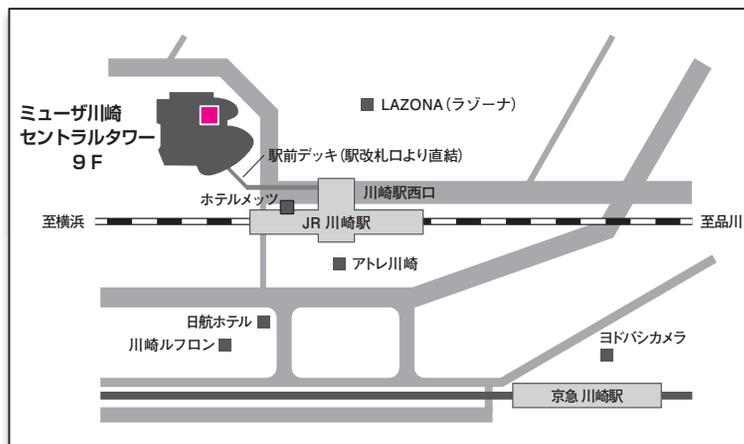
〒212-8554

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申請課

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

URL：https://www.erca.go.jp/erca/mail/index.php?conf=asbestos



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。