



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オミヤチョウ		
③申請者の住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町 1310		TEL
④認定申請に係る疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 中皮腫 <input type="checkbox"/> 2. 肺がん <input type="checkbox"/> 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 <input type="checkbox"/> 4. 著しい呼吸機能障害		
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 請求時期 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 請求中 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 請求時期 <input checked="" type="checkbox"/> 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、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	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		
石綿健康被害に係る訴訟又は示談の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有 ( 1. 係争中 2. 和解 3. 判決確定 4. 示談 )		

1. 中皮腫 あるいは  
2. 肺がん 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○を付けてください。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いたします。  
(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。

なお、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。

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。

〒木×丁目××-×× TEL03-0000-0000

(申請者との続柄 娘 )

(注)太枠内を記入してください。