

※ 黒のボールペンでご記入ください。(鉛筆、消せるボールペン等では記入しないでください。)

手続様式第 11 号(施行規則第 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

病院用記載例

患者様がお持ちの石綿健康被害医療手帳の「認定疾病の名称」をご確認の上、認定疾病の名称及びその続発症を記入してください。詳しくは下記【注意事項】1、2（○が書かれているところ）をご参照ください。
他院からの紹介等により、疾病名が不明の場合、紹介元の病院にご確認ください。
確認できない場合は、「〇〇病院からの紹介」等と記入してください。

医療機関関係者以外の方が記載又は追記した

③受診者の氏名		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		(西暦)××××年 5 月 22 日	
④当該証明に係る疾病名		中皮腫			
⑥医療の内容 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××××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。					
⑦当該証明に係る療養費		自己負担額			
総額		入院	入院外	調剤(院外)	④自己負担額合計
1,086,910 円		144,180 円	89,730 円	円	233,910 円
⑧移送された区間及び移送に要した費用		区間	から	まで	⑩費用
					円
⑨証明合計金額(④自己負担額合計+⑩費用) ※内訳は裏面に記入					233,910 円
⑩当該証明に係る期間		(西暦)××××年 5 月 22 日分 ~ ××××年 8 月 31 日分			

症状・経過も併せて記入してください。

当該証明に係る期間は、療養を開始した日(※)から医療手帳交付日の前日まで(手帳交付後も未使用の場合はその期間も含む)です。
※療養を開始した日が当該認定申請のあった日の3年前の日より前である場合には、基準日以降の医療費が支給されることとなります。
申請のあった日が不明の場合は環境再生保全機構にお問合せください。

患者を診察した医師が、医療上、転医、転地が必要であると判断し、病院間での転院等で寝台自動車を利用した場合に記入してください。

TEL : ××-×××-××××

(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

【注意事項】

- 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚そのものに対する医療のほか、その続発症であって、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関して、当該患者が「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定の申請に係る疾病の療養を開始した日以降に行った医療に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分です。
 - 中皮腫及び肺がんの続発症の例
 - 中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患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、癌性リンパ管症等)
 - 中皮腫又は肺がん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、胸膜炎等)
 - 中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症(薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の呼吸機能障害等)
 - 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の続発症の例
・石綿による肺がん、中皮腫、細菌感染症、肺性心、石綿肺の治療に伴う副作用や後遺症等
- ④「当該証明に係る疾病名」については、上記 1 に示した指定疾病に付随する疾病も含め、当該証明に係る医療の対象となった疾病について具体的に記入してください。
- 自己負担分がない場合には 0 円と記載し、欄外にその理由を記入してください。
- 「移送」とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転医、転地が必要であると認められた場合において、入院、転院、転地療養をするのに通常の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。通常の受診のためのタクシー代などは含まれません。

裏面に続く→

※ 黒のボールペンでご記入ください。（鉛筆、消せるボールペン等では記入しないでください。）

→表面からの続き

入院： 外来： 限度額認定証使用 ありなし 区分：エ 各種費用の内訳

	保険医療費の 総額 (10 割分を記入)	入院 月単位の食事療養費 費は外数として() 書きで記入	入院時食事療養費及び入院時生活療養費は医療費とは別にして、() 内に記入してください。		
(西暦) ××××年 5 月分	5/22~5/30 354,060 円	5/24~5/30 57,600 円 ((食) 8,280 円)	5/24 11,550 円		
××××年 6 月分	6/3~6/25 584,680 円	6/10~6/25 57,600 円 ((食) 20,700 円)	6/3 16,050 円 6/6 17,680 円	月内の診療日と被認定者の自己負担額を記入してください。	
××××年 7 月分	7/12~7/24 148,170 円	()	7/12 10,440 円 7/24 34,010 円		
年 月分		()			
年 月分		保険医療費の自己負担分（健康保険法等で給付される額を除いた額。健康保険法でいうところの一部負担金、標準負担額）を記入してください。 入院時食事療養費及び入院時生活療養費は標準負担額までは公費負担します。			
年 月分					
年 月分					
年 月分					
年 月分		被認定者が限度額認定証を所持している等で自己負担限度額まで負担していた場合や、その他公費の適用がある場合は、欄外にその旨を記入してください。			
年 月分					
年 月分		()			
年 月分		()			
年 月分		()			
合計金額	1,086,910 円	144,180 円	89,730 円	円	円
	表面⑦「総額」 へ転記	合計を表面⑦の④自己負担額合計へ転記			表面⑧の⑥ へ転記

※入院費の合計欄には、食事療養費を合算した金額を記入してください。

本件証明書に関する照会先:〇〇病院医事課 担当者:□□ □□ TEL:(直通) ×××-×××-××××

【各種費用の内訳の記入についての注意】

- 書類を作成したご担当者様の所属課、お名前及びご連絡先を記入してください。
1. 保険医療費の総額とは、中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害（肺がん、著しい呼吸機能障害を含む。）に関して行った医療に要した保険医療費の総額を指します。
 2. 保険医療費のうち自己負担分とは、上記保険医療費の総額から、公費負担分を除いた額を指します。
 3. 入院時食事療養費・入院時生活療養費（標準負担額）は、外数として() 書きで記入してください。