

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 | | 男・女 | ②申請者の生年月日 |
| ①申請者氏名 | | | 年 月 日 |
| 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 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | 2. 肺がん 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つては、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申請等状況 | 1. 申請予定 請求先 () 請求時期 年 月頃 5. 申請予定なし | 2. 申請中 3. 棄却 4. 受給中 () 労働基準監督署 |
| | 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 () |
| ⑦厚生労働省への申請情報の提供 | 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。 | <input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 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。

| | | |
|-------|-------|----------------------|
| 年 月 日 | 申請者氏名 | ㊞ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|----------------------|

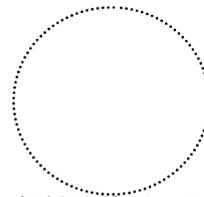
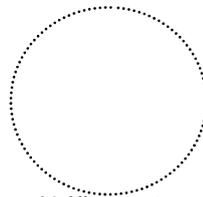
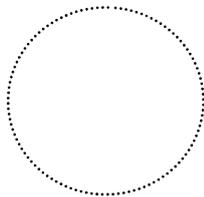
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| ※ 「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】

- 「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」は該当する場合のみ期間を記入してください。
- 「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。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第2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

戸籍記載事項証明書

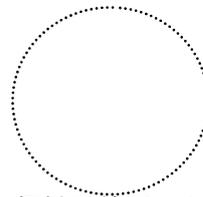
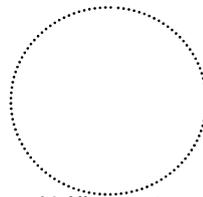
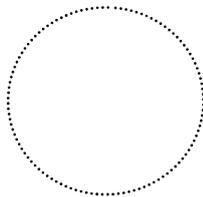
| | |
|--------|-------|
| ①本籍 | |
| ②筆頭者氏名 | |
| ③氏名 | |
| ④生年月日 | 年 月 日 |

上記のとおり相違ないことを証明する。

| |
|---------|
| 年 月 日 |
| 自治体名 |
| 市区町村長氏名 |
| 印 |

(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



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第3号(施行規則第3条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
申請中死亡者に係る決定申請書

| | | | |
|----------------------|---|-----|--------------|
| 申請書番号 | | | |
| フリガナ | | 男・女 | ②申請者の生年月日 |
| ①申請者氏名 | | | 年 月 日 |
| フリガナ | | | |
| ③申請者の住所 | 〒 TEL | | |
| ④申請中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葬祭を行う者であるか否か | 1. 行う者である 2. 行う者でない | | |
| フリガナ | | 男・女 | ⑦申請中死亡者の生年月日 |
| ⑥申請中死亡者の氏名 | | | 年 月 日 |
| フリガナ | | | |
| ⑧申請中死亡者が死亡の当時有していた住所 | 〒 | | |
| ⑨申請中死亡者の死亡年月日 | 年 月 日 | | |
| ⑩申請中死亡者がした認定の申請年月日 | 年 月 日 | | |

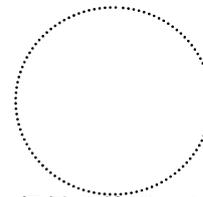
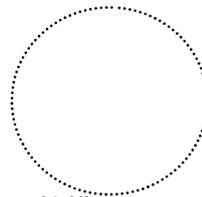
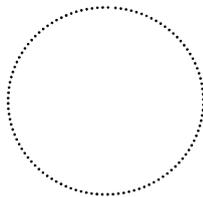
石綿による健康被害の救済に関する法律第5条第1項の規定による決定を受けたく、必要書類を添えて申請します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 申請者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

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。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第4号(施行規則第4条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

認定更新申請書

| | | | | |
|--|------------------------------|-----|-----------------------------------|-------|
| 申請書番号 | | | ①手帳番号 | |
| フリガナ | | 男・女 | ③被認定者の生年月日 | 年 月 日 |
| ②被認定者氏名 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| ④被認定者の住所 | 〒 | | TEL | |
| ⑤認定疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | |
| ⑥認定の有効期間の満了日 | 年 月 日 | | | |
| ⑦災害、その他やむを得ない理由により、認定の有効期間満了前に申請をすることができなかった場合は、その理由 | | | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律第7条第1項又は法律第8条第1項の規定による認定の更新を受けたく、必要書類を添えて申請します。

| | |
|--------------|-------------------|
| 年 月 日 被認定者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|--------------|-------------------|

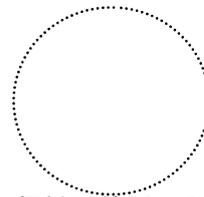
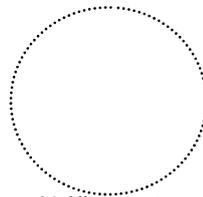
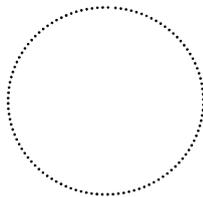
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

| | |
|--|------------|
| ※ 「④被認定者の住所」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 | (被認定者との続柄) |

(注)太枠内を記入してください。

【注意事項】

- 「⑦災害その他やむを得ない理由により、認定の有効期間の満了前に申請をすることができなかった場合はその理由」は災害その他やむを得ない理由により認定の有効期間の満了の日の前に当該申請をすることができなかったときのみ、記入してください。
- 上記1の場合、その理由のやんだ日から2ヶ月以内に限り、当該申請をすることができます。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第5号(施行規則第5条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

氏名等変更書

| | | | | | | |
|----------------|------|-------|-----|-----|--|--|
| 届出書番号 | | ①手帳番号 | | | | |
| ②変更の届出が必要となる事由 | | | | | | |
| ③届出事由の発生日 | | 年 月 日 | | | | |
| ④被認定者 | 変更前 | | 変更後 | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | 〒 | | |
| | | TEL | | TEL | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第5条第1項の規定により、上記のとおり届出します。

| | | |
|-------|--------|-------------------|
| 年 月 日 | 被認定者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|--------|-------------------|

(注)太枠内を記入してください。

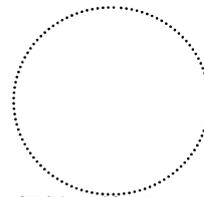
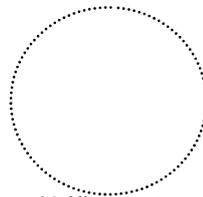
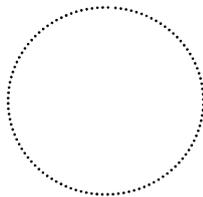
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

氏名等の変更と併せて下記の項目について変更がある場合は、該当項目を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------|--------------------|------|--|--|--------------------|------|---|--|--|--|---|---|
| | | 変更前 | | | | 変更後 | | | | | | | |
| ⑤社会保険 | 種類 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者本人等の別 | 本人・被扶養者 | | | | 本人・被扶養者 | | | | | | | |
| | 健康保険組合の名称 | | | | | | | | | | | | |
| | | 変更前 | | | | 変更後 | | | | | | | |
| ⑥銀行等 | 振込先金融機関名 | 銀行・信金・農協・漁協・その他 支店 | | | | 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 | | | 普通当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | | | | | | | |
| | | 変更前 | | | | 変更後 | | | | | | | |
| ⑦ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | 1 | | | | 0 | の | 1 | | | | 0 | の |
| | 通帳番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 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。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第6号(施行規則第6条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
認定疾病治ゆ届

| | | | |
|--------------|-------|----------------|-------|
| 申請書番号 | | ①手帳番号 | |
| フリガナ | | ③被認定者の 生年月日 | 年 月 日 |
| ②被認定者 氏名 | 男・女 | | |
| フリガナ | | | |
| ④被認定者の 住所 | 〒 TEL | | |

認定疾病が治ったので、石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第6条の規定により届出します。

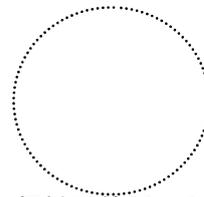
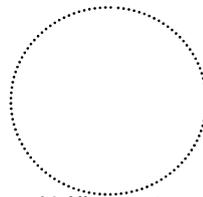
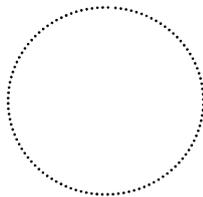
| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

(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】

1. 認定疾病が治ゆしたときには、この届出と併せて石綿健康被害医療手帳を返還してください。
2. 石綿健康被害医療手帳返還届(手続様式第9号)も提出してください。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第7号(施行規則第7条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

死亡届

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----|----------------|-------|--|
| 届出書番号 | | | ①手帳番号 | | |
| フリガナ | | | ③届出者の 生年月日 | 年 月 日 | |
| ②届出者 氏名 | | 男・女 | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ④届出者の 住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑤被認定者との身分関係 | 1. 同居の親族 2. 同居していない親族 3. 同居者 4. 家主 5. 地主 6. 家屋管理人 7. 土地管理人 8. 公設所の長 | | | | |
| フリガナ | | | ⑦被認定者の 生年月日 | 年 月 日 | |
| ⑥被認定者 氏名 | | 男・女 | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ⑧被認定者が死 亡の当時有し ていた住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑨被認定者の死亡年月日 | 年 月 日 | | | | |
| ⑩被認定者の死亡原因 | | | | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第7条の規定により、上記のとおり届出します。

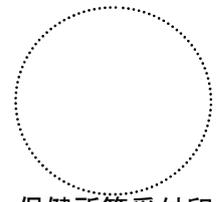
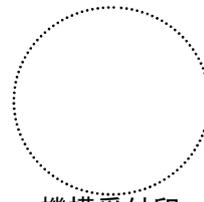
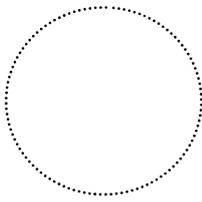
| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

(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】

被認定者が死亡したときは、この届出と併せて石綿健康被害医療手帳返還届（手続様式第9号）を提出するとともに、石綿健康被害医療手帳についても返還してください。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第8号(施行規則第8条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
石綿健康被害医療手帳の再交付申請書

| | | | | | |
|---------------|---|-----|----------------|---|---|
| 申請書番号 | | | ①手帳番号 | | |
| フリガナ | | | ③被認定者の 生年月日 | 年 | 月 |
| ②被認定者 氏名 | | 男・女 | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ④被認定者の 住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑤再交付申請 の理由 | | | | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第8条第1項の規定による石綿健康被害医療手帳の再交付を受けたく、申請します。

| | | | | |
|---|---|---|--------|-------------------|
| 年 | 月 | 日 | 被認定者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|---|---|---|--------|-------------------|

(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

※ 石綿健康被害医療手帳を亡失した場合は、裏面も記入してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律
石綿健康被害医療手帳の亡失届

私は、環境再生保全機構から交付を受けていた石綿健康被害医療手帳を亡失したので届け出ます。
なお、今後亡失した石綿健康被害医療手帳が見つかった場合は、速やかに返還します。

年 月 日

住所 〒

TEL

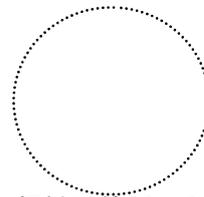
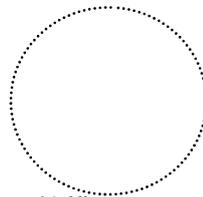
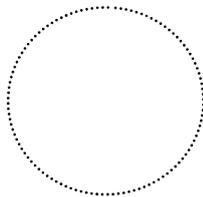
被認定者氏名



(自筆署名の場合は押印省略可)

(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



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第9号(施行規則第9条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
石綿健康被害医療手帳返還届
(治ゆ・死亡・その他)

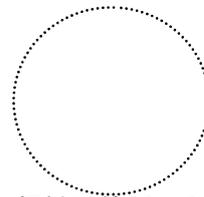
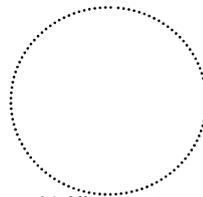
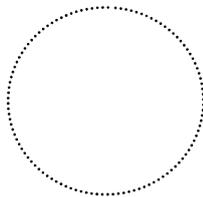
| | | | | |
|--------------|--|-----|-----------------------------------|-------|
| 届出書番号 | | | ①手帳番号 | |
| フリガナ | | 男・女 | ③被認定者の 生年月日 | 年 月 日 |
| ②被認定者 氏名 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| ④被認定者の 住所 | 〒 | | TEL | |
| ⑤認定疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | |
| ⑥返還事由 | 1. 認定疾病が治ったため 2. 被認定者が死亡したため 3. 認定の有効期間が満了したため 4. 認定の取消しを受けたため 5. 医療費について損害のてん補を受け又は他の法令で医療費に相当する給付を受けることとなったため 6. その他() | | | |
| ⑦返還事由の発生日 | 年 月 日 | | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第9条の規定により石綿健康被害医療手帳を返還します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

(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



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 10 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

医療費請求書

| | | | | | |
|--|------------------------------|--|-------------------------------------|--------|--|
| 申請・請求書番号 | | | ①手帳番号 | | |
| フリガナ | | | ③被認定者の生年月日 | 年 月 日 | |
| ②被認定者氏名 | 男・女 | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ④被認定者の住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑤認定疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | | |
| ⑥認定疾病に係る療養を開始した日 | | | 年 月 日 | | |
| ⑦被認定者若しくは被認定者を扶養している者の加入している社会保険の種類 | 種類 | | 被保険者本人等別 | 保険者の名称 | |
| | | | 本人・被扶養者 | | |
| ⑧保険医療機関等以外の医療を受けた理由 | | | | | |
| ⑨保険医療機関で医療を受けたが、石綿健康被害医療手帳を提示しなかった理由 | | | 1. 石綿健康被害医療手帳交付前であったため 2. その他() | | |
| ⑩当該請求に係る保険医療費のうち自己負担額合計(受診等証明書(手続様式第 11 号)中⑦A の合計金額) | | | 円 | | |
| ⑪移送された区間及び移送に要した費用(受診等証明书中⑧の区間及び金額) | 区間 | | 費用 | | |
| | から まで | | 円 | | |
| ⑫高額療養費の支給額 | | | 円 | | |
| ⑬合計金額(⑩+⑪-⑫) | | | 円 | | |

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 1 項の規定により、受診等証明書に記載の疾病に係る医療について医療費の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 請求者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

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)太枠内を記入してください。

(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となります。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

石綿による健康被害の救済に関する法律
受診等証明書

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------|--------|
| 申請・請求書番号 | | 手帳番号 | | |
| フリガナ | | 男・女 | ②受診者の生年月日 | |
| ①受診者氏名 | | | 年 月 日 | |
| フリガナ | | | | |
| ③受診者の住所 | 〒 | TEL | | |
| ④当該証明に係る疾病名 | | 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 | 年 月 日 | |
| ⑥医療の内容 | | | | |
| ⑦当該証明に係る保険医療費 | 総額 | 自己負担額 | | |
| | 円 | 入院 | 入院外 | 調剤(院外) |
| | | 円 | 円 | 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 | | | | 円 |
| ⑩当該証明に係る期間 | 年 月 日分 ~ 年 月 日分 | | | |

上記のとおり、認定の申請に係る疾病又は認定疾病について医療を行ったことを証明します。

| |
|-------------|
| 年 月 日 |
| 医療機関の名称 |
| 住所 〒 |
| 開設者又は管理者の氏名 |
| TEL |
| 印 |

(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
 - ①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)
 - ②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)
 - ③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。したがって、通常の受診のためのタクシー代などは含まれません。

各種費用の内訳

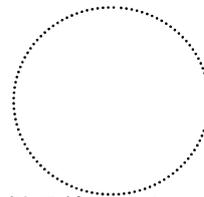
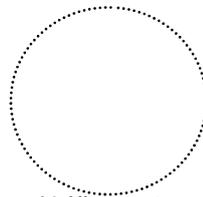
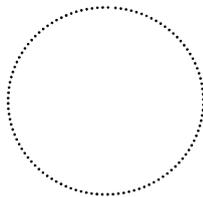
| | 保険医療費の 総額 (10割分を記入) | 保険医療費のうち自己負担分 | | | 移送に要した 自己負担額 |
|------|---------------------------|---------------------------------------|-----|-------------|-----------------|
| | | 入院 月単位の食事療養 費は外数として() 書きで記入 | 入院外 | 調剤 (院外分) | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 年 月分 | | () | | | |
| 合計金額 | 円 | 円 | 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: _____ TEL: _____

【各種費用の内訳の記入についての注意】

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を伴う石綿肺又はびまん性胸膜肥厚（続発症を含みます。）に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。
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の中の自己負担分をいいます。
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（ ）書きに記入してください。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 12 号(施行規則第 13 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

療養手当請求書

| | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----|-----------------------------------|-------|--|
| 申請書番号 | | | 手帳番号 | | |
| フリガナ | | | ②請求者の 生年月日 | 年 月 日 | |
| ①請求者 氏名 | | 男・女 | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ③請求者の 住所 | 〒 | | TEL | | |
| ④認定申請に 係る疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | | |

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 16 条第 1 項の規定による療養手当の支給を受けたく、請求します。

| | | |
|-------|-------|-----------------|
| 年 月 日 | 請求者氏名 | (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-----------------|

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 | | | | | | |

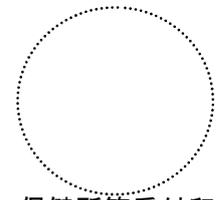
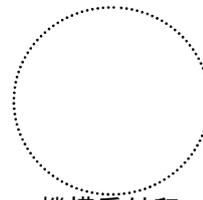
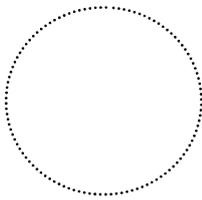
(注)太枠内を記入してください。

(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となります。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

【注意事項】

既に認定を受けている方は、①～④について、申請者の氏名や認定申請に係る疾病名等に代えて、被認定者の氏名や認定疾病名等を記入してください。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 13 号(施行規則第 14 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく療養手当を受給しておられる方を対象として、同法施行規則第 14 条の規定により、次のとおり現況確認のための調査を行います。

下記「現況届出書」に必要事項を御記入の上、同封の返信用封筒により5月31日までに返送してください（提出期限までに提出されない場合は、給付が一時中止されます。）。

なお、届出の時点で日本国内に住所を有しない方については、住んでいる国の住民票など、生存の事実が確認できる書類を添えて返送してください。

石綿による健康被害の救済に関する法律
現況届出書

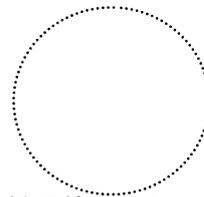
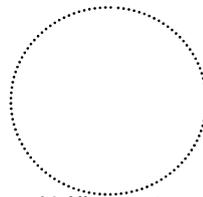
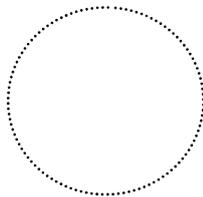
| | | | | |
|--------------|------------------------------|-----|-----------------------------------|-------|
| 申請書番号 | | | ①手帳番号 | |
| フリガナ | | 男・女 | ③被認定者の 生年月日 | 年 月 日 |
| ②被認定者 氏名 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| ④被認定者の 住所 | 〒 | | TEL | |
| ⑤認定疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | |

この現況届出書に記載した内容は事実と相違ないことを届け出ます。

| | | |
|--------------------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | ㊟ (自筆署名の場合は押印省略可) |
| 代理人の場合は被認定者との関係() | | |

(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



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 14 号(施行規則第 15 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
未支給の医療費等の請求書

| | | | | | |
|----------------------|------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------|-----------------|
| 申請・請求書番号 | | | ①手帳番号 | | |
| フリガナ | | | ③請求者の生年月日 | 年 月 日 | |
| ②請求者氏名 | 男・女 | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ④請求者の住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑤支給前死亡者との身分関係 | 1. 配偶者 5. 孫 | | 2. 事実婚者 6. 祖父母 | | 3. 子 7. 兄弟姉妹 |
| フリガナ | | | ⑦支給前死亡者の生年月日 | 年 月 日 | |
| ⑥支給前死亡者氏名 | 男・女 | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ⑧支給前死亡者が死亡の当時有していた住所 | 〒 | | TEL | | |
| ⑨認定疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | | |
| ⑩死亡年月日 | 年 月 日 | | ⑪未支給の医療費等の種類 | 1. 医療費 2. 療養手当 | |

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 18 条第 1 項の規定による未支給の医療費等の給付を受けたく、必要書類を添えて請求します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 請求者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

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)太枠内を記入してください。

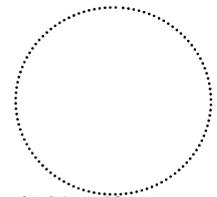
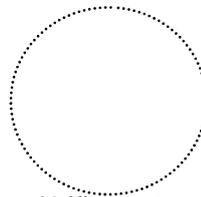
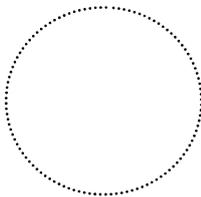
(注)預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能です。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

| | | |
|-----------|------------------------|-------|
| 給付の種類及び金額 | ア. 医療費()円、イ. 療養手当()円 | 計()円 |
|-----------|------------------------|-------|

【記入上の注意】

- 「手帳番号」は、石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は、手帳に記載されている番号を記入してください。
- 「⑪未支給の医療費等の種類」は当該請求書で請求する未支給の医療費等をすべて選択してください。



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 同一 施行 前死 亡者 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申請等状況 | 1. 申請予定 請求先 請求時期 5. 申請予定なし | 2. 申請中 () 年 月 頃 | 3. 棄却 | 4. 受給中 () 労働基準監督署 |
| | 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 () | | | |
| ⑭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 |  (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|--|

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】

- 「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。
- 「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。
- 「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。

手続様式第 16 の 2 号 (施行規則第 17 条関係)

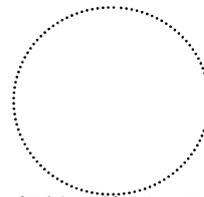
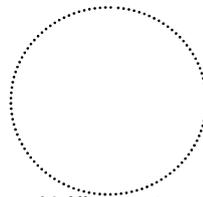
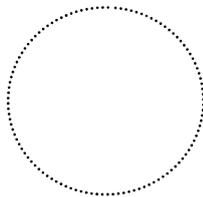
石綿による健康被害の救済に関する法律
特別遺族弔慰金に係る同意書

| | |
|---------------------------|---|
| 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。

| | |
|----------------|-------------------|
| 年 月 日 | |
| フリガナ | |
| ③ 請求者氏名 | ㊞ (自筆署名の場合は押印省略可) |
| 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。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第16の3号(施行規則第17条の2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(未申請死亡者用)

| | | | | |
|---|---|--|--------------|-------|
| 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請求者の未申請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 | 未申請死亡者との身分関係 | 現在の連絡先 | |
| | | | TEL | |
| フリガナ | | | ⑦未申請死亡者の生年月日 | 年 月 日 |
| ⑥未申請死亡者の氏名 | | 男・女 | | |
| フリガナ | | | | |
| ⑧未申請死亡者が死亡の当時有していた住所 | 〒 | | | |
| ⑨未申請死亡者の死亡年月日 | | 年 月 日 | | |
| ⑩未申請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未申請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申請等状況 | 1. 申請予定 請求先 請求時期 5. 申請予定なし | 2. 申請中 () 年 月 頃 | 3. 棄却 () 労働基準監督署 | 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 () | | | |
| ⑭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 |  (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|---|

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。

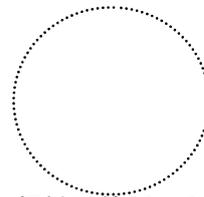
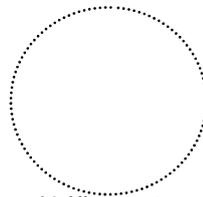
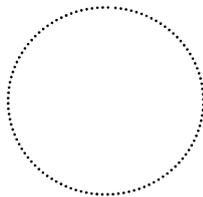
【記入上の注意】

1. 「⑤未申請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、未申請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)が未申請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未申請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。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 17 号(施行規則第 18 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

救済給付調整金請求書

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------|-----|
| 申請・請求書 番号 | | | ①手帳番号 | | |
| フリガナ | | 男・女 | ③請求者の 生年月日 | 年 | 月 日 |
| ②請求者 氏名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ④請求者の 住所 | 〒 | TEL | | | |
| ⑤請求者の被認定者との身分関係 | 1. 配偶者 5. 孫 | 2. 事実婚者 6. 祖父母 | 3. 子 7. 兄弟姉妹 | 4. 父母 | |
| フリガナ | | 男・女 | ⑦被認定者 の 生年月日 | 年 | 月 日 |
| ⑥被認定者 氏名 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| ⑧被認定者が死亡の当時有してい た住所 | 〒 | | | | |
| ⑨認定申請に 係る疾病名 | 1. 中皮腫 3. 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺 | | 2. 肺がん 4. 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | | |
| ⑩被認定者の死亡年月日 | 年 月 日 | | | | |
| ⑪被認定者が死亡の当時診 療を受けていた医療機関 | 医療機関名： 〒 | | | | |

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 23 条第 2 項の規定による救済給付調整金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 請求者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

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。)

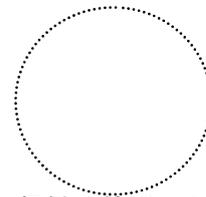
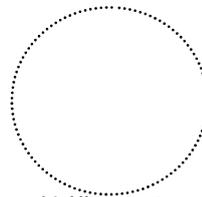
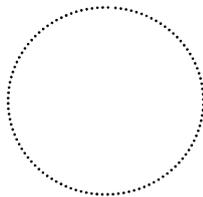
| 銀行等 | | ゆうちょ銀行 | | | | |
|------------------|-------------------------|--------|------|---|--|-----|
| 振込先 金融 機関名 | 銀行・信金・ 農協・漁協・ その他 | 支店 | 通帳記号 | 1 | | 0 の |
| 口座番号 | 普通 口座番号 | 口座番号 | 通帳番号 | | | |
| フリガナ | | | フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | 口座名義 | | | |

(注)太枠内を記入してください。

(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となります。

(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

| | | | | |
|------|---------------|----------------|----------------|----|
| 請求金額 | ア 特別遺族弔慰金の額 | イ 医療費 | ウ 療養手当 | 摘要 |
| | 2,800,000円 | 円 | 円 | |
| | エ 今回分未支給の医療費等 | オ 既支給分未支給の医療費等 | 請求額(ア-イ-ウ-エ-オ) | |
| | 円 | 円 | 円 | |



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 18 号(施行規則第 19 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律

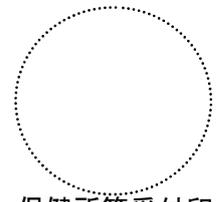
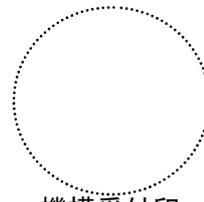
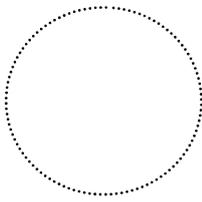
損害てん補届

| | | | | | |
|-------------------------|-------|-------------------------------|--------|--------|----|
| 届出書番号 | | ①手帳番号 | | | |
| ② 又は受けよとする者 救済給付を受け、 | フリガナ | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | 住所 | | | |
| 〒 | | | | | |
| TEL | | | | | |
| ③石綿による健康被害に関する損害賠償の内容 | | | | | |
| 損害賠償の形態 | | 1. 和解 2. 判決確定 3. 示談 4. その他() | | | |
| 損害賠償の受領状況 | 逸失利益 | 逸失利益額 | 受領額 | 算定基礎期間 | 備考 |
| | | 円 | 受領済額 | 年 月 日 | |
| | | | 円 | ~ | |
| | | | 受領予定額 | 年 月 日 | |
| | 療養費 | 受領額 | 算定基礎期間 | 備考 | |
| | | 受領済額 | 年 月 日 | | |
| | | 円 | ~ | | |
| | | 受領予定額 | 年 月 日 | | |
| | 葬祭費用 | 受領額 | 備考 | | |
| | | 受領済額 | | | |
| 円 | | | | | |
| 受領予定額 | | | | | |
| 損害賠償額の内容が不明な場合 | 受領額 | 備考 | | | |
| | 受領済額 | | | | |
| | 円 | | | | |
| | 受領予定額 | | | | |
| 損害賠償受領年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 賠償した者の氏名住所等 | 氏名・名称 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第 19 条の規定により上記のとおり届出します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

(注)太枠内を記入してください。



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第 19 号(施行規則第 20 条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
他の法令による給付等の受給届

| | | | | | |
|--------------------------|-------|-------|-----|-------|-------|
| 届出書番号 | | ①手帳番号 | | | |
| ② 受けよつとする者 救済給付を受け、又は | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | TEL |
| ③ 被認定者 | フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | TEL |
| ④ 規定による給付 支給される他の法令 | 法令の名称 | 給付種類等 | 金額 | 給付決定日 | |
| | | | 円 | 年 月 日 | |
| | | | 円 | 年 月 日 | |
| | | | 円 | 年 月 日 | |
| | | | 円 | 年 月 日 | |

石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則第 20 条の規定により上記のとおり届出します。

| | | |
|-------|-------|-------------------|
| 年 月 日 | 届出者氏名 | 印 (自筆署名の場合は押印省略可) |
|-------|-------|-------------------|

(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】

- この届出をする場合には、他の法令による支給決定通知書のコピーを添付してください。
- 記入に当たって、②と③が同一の場合には③を省略しても差し支えありません。