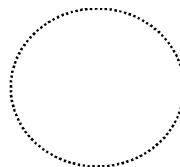
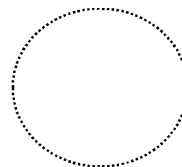


手続様式第1号(第1条関係)



機構受付印



保健所等受付印

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		手帳番号	
① フリガナ 申請者の氏名	(男・女)		② 申請者の 生年月日
③ フリガナ 申請者の住所	〒 明治・大正 年 月 日 昭和・平成		
④ 認定の申請 に係る疾病の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん		
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	給付の有無	有・無	
	申請の状況	申請したが棄却 申請中 申請予定あり 申請予定なし	
	種類		
	1. 労働者災害補償保険 2. 船員保険 3. その他()		
労働者災害補償保険に請求 中の場合(種類が1.のとき)	請求先	()労働基準監督署	
	請求時期	平成 年 月頃	
⑦ 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) (2・3・4は内容が分かるものの写しを添付してください)		
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。 平成 年 月 日 申請者 住所 〒 TEL 氏名 (印) 独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿			

※③の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。

住所	〒
氏名	(申請者との関係)
TEL	

(注)太枠内を記入してください。

認定申請書の提出についての注意

1. 石綿による健康被害の救済給付を受けるには、申請者が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独立行政法人環境再生保全機構から受ける必要があります。
なお、認定を受けなければ、医療費等の救済給付を受けることができませんのでご注意ください。
2. この申請をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - (1) 申請者の戸籍の抄本若しくは戸籍記載事項証明書又は住民票の写し
(外国人にあっては、旅券、外国人登録証明書その他の身分を証する書類の写し)
 - (2) 認定の申請に係る疾病にかかっていることを証明することができる医師の診断書その他の資料(診断書(中皮腫の場合は判定様式第1号、気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)の場合は判定様式第2号)、判定様式第4号(病理組織診断書又はこれと同等の内容を含む書類)及び判定様式第5号(細胞診報告書又はこれと同等の内容を含む書類)のほか、単純エックス線画像やCT画像など。)
 - (3) 認定の申請に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料(判定様式第6号(石綿計測結果報告書又はこれと同等の内容を含む書類)、胸部単純エックス線画像、胸部CT画像など。)
 - (4) 石綿健康被害に係る訴訟(係争中を除く)又は示談がある場合、内容が分かるものの写し
3. ※(2)、(3)について、診断書などの資料は、主治医等に記載していただいでください。
この申請をする場合は、療養手当請求書(手続様式第12号)を併せて提出してください。
4. 認定の可否は、申請者に対して独立行政法人環境再生保全機構から書面で通知します。なお、機構の認定を受けた者(被認定者)に対しては、石綿健康被害医療手帳を交付します。
5. 認定は、基準日(認定疾病の療養を開始した日。その日がこの認定の申請のあった日の3年前の日より前である場合には、この申請のあった日の3年前の日。)にさかのぼってその効力を生じます。
※療養を開始した日とは、認定疾病について健康保険法第63条第1項等に規定される療養の給付が開始された日のことをいいます。
6. 認定の有効期間は、基準日から申請のあった日の前日までの期間に指定疾病の種類に応じて政令で定める期間(5年間)を加えた期間となります。
7. 被認定者の当該認定に係る指定疾病が有効期間の満了前に治る見込みがないときは、当該被認定者は、独立行政法人環境再生保全機構に対し、認定更新申請書により認定の更新を申請することができます。なお、認定の更新の申請は有効期限の6ヶ月前から行うことができます。
8. 入院などにより、認定申請書に記載した住所や電話番号で連絡がとれない時など必要に応じて緊急の際の連絡先、連絡者など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. 「⑥他の法令による石綿健康被害に関する給付」で給付の有無が「有」の場合は、その種類を選択してください。
給付の有無が「無」の場合は、申請の状況を選択してください。なお、申請の状況で「申請したが棄却」、「申請中」又は「申請予定あり」の場合は、その種類を選択してください。また、申請の状況が「申請中」で、その種類が労働者災害補償保険の場合は、請求先及び請求時期も記入してください。
3. 「⑧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、内容がわかるものの写しを添付してください。

機構処理欄

- ☐ 申請者の戸籍の抄本若しくは戸籍記載事項証明書又は住民票の写し
(外国人にあっては、旅券、外国人登録証明書その他の身分を証する書類の写し)
- ☐ 認定の申請に係る疾病にかかっていることを証明することができる医師の診断書その他の資料
- ☐ 認定の申請に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料
- ☐ 石綿健康被害に係る訴訟(係争中を除く)又は示談がある場合、内容が分かるものの写し

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

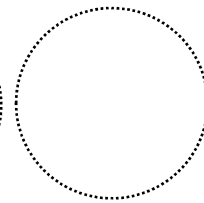
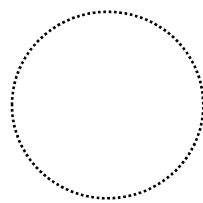
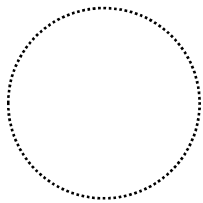
本籍	
筆頭者氏名	
氏名	
生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

市区町村長名

印



機構受付印 保健所等受付印

手続様式第3号(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					
① フリガナ			② 申請者の生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
申請者の氏名	(男・女)				
③ フリガナ					
申請者の住所	〒 TEL				
④ 申請中死亡者との 身分関係					
⑤ 申請者が申請中死亡者について葬祭を行う者 であるときは、その旨	1. 行う者である		2. 行う者でない		
⑥ フリガナ			⑦ 申請中死亡者 の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
申請中死亡者の氏名	(男・女)				
⑧ フリガナ					
申請中死亡者が死亡 の当時有していた住 所	〒 TEL				
⑨ 申請中死亡者の 死亡年月日	平成 年 月 日				
⑩ 申請中死亡者がした認定の申請の年月日	平成 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。 平成 年 月 日 申請者 住所: 〒 TEL 氏名: 印 独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿					

※③の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。

住所 〒

氏名 (申請者との関係)

TEL

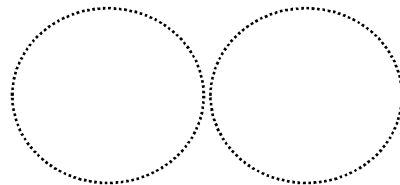
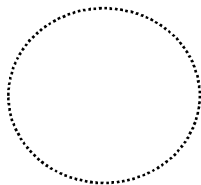
(注)太枠内を記入してください。

申請中死亡者に係る決定申請書の提出についての注意

1. 申請中死亡者に係る決定とは、認定の申請をした者が申請中に死亡した場合に、その死亡した申請者が認定を受けることができる者であった旨を、遺族又は死亡した申請者の葬祭を行う者の申請に基づき独立行政法人環境再生保全機構が決定するものです。
※ この認定決定を受けなければ、申請中死亡者に係る救済給付の支給を受けることはできません。
2. この申請を行うことができる者は死亡した者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であって、その者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたもの又はその死亡した者について葬祭を行う者となります。
3. この申請をする場合は、以下の書類を必ず添付してください。
 - (1) 申請中死亡者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
 - (2) 申請者が申請中死亡者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であって、その申請中死亡者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものであるときは、申請者と申請中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又は抄本
 - (3) 申請者が申請中死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (4) 申請者が申請中死亡者の死亡の当時その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
※同一生計とは、申請中死亡者の収入によって日常生活の全部又は一部を、若しくはこの決定申請をする者(遺族)が申請中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。
 - (5) 申請者が申請中死亡者について葬祭を行う者であるときは、その旨を明らかにすることができる書類
4. 独立行政法人環境再生保全機構が死亡者が認定を受けることができる者であった旨の決定を行った場合、当該決定に係る死亡者につき、療養を開始した日(その日が申請中死亡者が認定の申請をした日の3年前の日前である場合には、当該申請のあった日の3年前の日)から死亡した日までの間において被認定者であったものとします。
5. この申請の申請期間は、死亡者の死亡した日の翌日から6ヶ月以内となります。
6. 仕事などで日中申請書の連絡先で連絡が取れないときは、必要に応じて連絡先、連絡者などを記入してください。

機構処理欄

- ☐ 申請中死亡者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類(死亡診断書など)
- ☐ 申請者が申請中死亡者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であって、その申請中死亡者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものであるときは、申請者と申請中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又は抄本
- ☐ 申請者が申請中死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
- ☐ 申請者がその申請中死亡者の死亡の当時その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
- ☐ 申請者が申請中死亡者について葬祭を行う者であるときは、その旨を明らかにすることができる書類



機構受付印 保健所等受付印

手続様式第4号(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

① 手帳番号		申請書番号			
② フリガナ		③ 被認定者の生年月日	明治・大正	年	月 日
被認定者の氏名	(男・女)		昭和・平成		
④ フリガナ					
被認定者の住所	〒 TEL				
⑤ 認定疾病の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん				
⑥ 認定の有効期間の満了日	平成 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					
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。 平成 年 月 日 被認定者 住所: TEL 氏名: 印 独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿					

※ 認定の更新の申請は、認定の有効期間の満了の日の6ヶ月前から申請を行うことができます。

※④の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。

住所 〒

氏名 (被認定者との関係)

TEL

(注)太枠内を記入してください。

認定更新申請書の提出についての注意

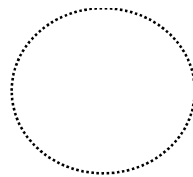
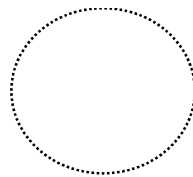
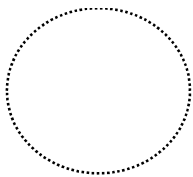
1. 認定更新は認定疾病が石綿健康被害医療手帳に定められた有効期間の満了までに治る見込みがないときに、認定を更新するための手続きです。
2. この申請をする場合は、以下の書類を添付してください。
認定疾病が有効期間の満了後においても継続することを証明することができる医師の診断書その他の資料
3. 認定の更新を申請する場合は、認定の有効期間の満了日の属する月の6ヶ月前から申請を行うことができます。
4. 独立行政法人環境再生保全機構が、当該申請に係る指定疾病がその後においても継続すると認めるときは、当該申請に係る認定を更新します。なお、認定更新された場合は、有効期間の満了日の翌日からその効力を生じます。

記入上の注意

1. 「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。
2. 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。

機構処理欄

- ☐ 認定疾病が有効期間の満了後においても継続することを証明することができる医師の診断書その他の資料



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第5号(第5条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
氏名等変更届

① 手帳番号		届出書番号			
② 変更の届出が必要となる理由				③ 届出事由の発生した日	平成 年 月 日
項 目		変更前		変更後	
④ 被認定者	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。					
平成 年 月 日 被認定者 住所: 〒 TEL 氏名: 印					
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿					

(注)太枠内を記入してください。

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。

項 目	変更前				変更後			
⑤ 社会保険の種類	種類				種類			
	被保険者本人(組合員本人)被扶養者の別	本人 ・ 被扶養者			被保険者本人(組合員本人)被扶養者の別	本人 ・ 被扶養者		
	健康保険組合の名称				健康保険組合の名称			
項 目	変更前				変更後			
⑥ 銀行等	振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	振込先	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	
	普通 当座 (いずれかに○)		口座番号		普通 当座 (いずれかに○)		口座番号	
	口座名義	フリガナ			口座名義	フリガナ		
項 目	変更前				変更後			
⑦ 郵便局	通帳記号	通帳番号			通帳記号	通帳番号		
	1 0 の				1 0 の			
	口座名義	フリガナ			口座名義	フリガナ		

(注) 貯蓄預金は取り扱いません。

氏名等変更届の提出についての注意

この届出をする場合は、以下の書類を必ず添付してください。

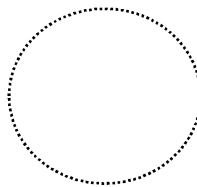
氏名又は住所の変更の事実を証明することができる書類及び石綿健康被害医療手帳

記入上の注意

氏名等の変更と併せて「⑤社会保険の種類」、「⑥銀行等」及び「⑦郵便局」について変更がある場合は、該当項目にその変更前後の情報を記入してください。

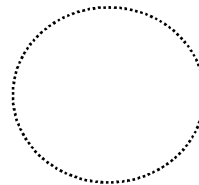
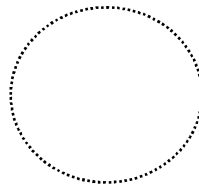
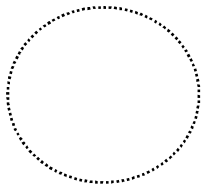
機構処理欄

☐ 氏名又は住所の変更の事実を証明することができる書類及び石綿健康被害医療手帳



石綿による健康被害の救済に関する法律
認定疾病治癒届

認定疾病が治ったときは、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。また、石綿健康被害医療手帳返還届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(第7条関係)

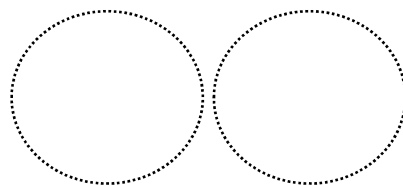
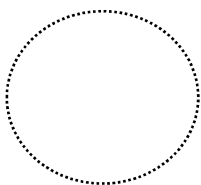
石綿による健康被害の救済に関する法律
死 亡 届

① 手帳番号		届出書番号			
② フリガナ				③ 届出者の生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
届出者の氏名	(男・女)				
④ フリガナ					
届出者の住所	〒 TEL				
⑤ 死亡した被認定者との関係	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				
⑥ フリガナ				⑦ 死亡した被認定者の生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
死亡した被認定者の氏名	(男・女)				
⑧ フリガナ					
死亡した被認定者が死亡の当時有していた住所	〒 TEL				
⑨ 死亡した被認定者の死亡年月日	平成 年 月 日	⑩ 死亡した被認定者の死亡の原因			
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。					
平成 年 月 日 届出者 住所 〒 TEL 氏名 ㊟					
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿					

(注)太枠内を記入してください。

(届出についての注意)

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を返還してください。
また、石綿健康被害医療手帳返還届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8号(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

① 手帳番号		申請書番号		
② フリガナ		③ 被認定者の生年月日	明治・大正	年 月 日
被認定者の氏名	(男・女)		昭和・平成	
④ フリガナ				
被認定者の住所	〒 TEL			
⑤ 再交付の申請の理由				
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。				
平成 年 月 日				
申請者 住所: 〒				
氏名: TEL 印				
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。

(注)太枠内を記入してください。

機構処理欄

☐ 被認定者が石綿健康被害医療手帳を破り、又は汚したときは、石綿健康被害医療手帳

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 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。

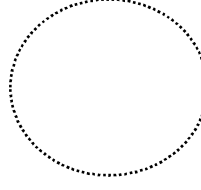
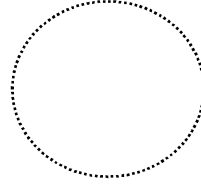
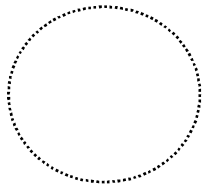
平成 年 月 日 届出者 住所 〒

TEL

氏名

印

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿



機構受付印

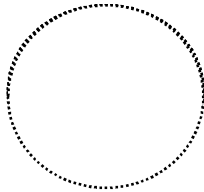
保健所等受付印

手続様式第9号(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)

① 手帳番号		届出書番号		
② フリガナ		③ 被認定者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
被認定者の氏名	(男 ・ 女)			
④ フリガナ				
被認定者の住所	〒		TEL	
⑤ 認定に係る疾病の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん			
⑥ 返還事由の発生した日	平成 年 月 日			
⑦ 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に関する給付を受けることとなったため 6. その他()			
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。 平成 年 月 日 届出者 住所 〒 氏名 TEL 印 独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿				

(注)太枠内を記入してください。



手続様式第10号(第12条関係)



機構受付印



保健所等受付印

石綿による健康被害の救済に関する法律
医 療 費 請 求 書

① 手帳番号※		請求書番号		申請書番号	
② フリガナ 被認定者(認定前にあっては、認定の申請をした者)の氏名		③被認定者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
④ フリガナ 被認定者の住所	〒 Tel				
⑤ 認定疾病(認定の申請に係る疾病)の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん				
⑥認定疾病に係る療養を開始した日	平成 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(組合員本人)被扶養者の別	本人・被扶養者	
⑧ 保険医療機関等以外の病院、診療所又は薬局その他の者から医療を受けた理由	健康保険組合の名称				
⑨ 保険医療機関等で医療を受けたが、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⑧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⑨の区間及び金額)	区間	から	まで	費用	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。 平成 年 月 日 請求者 住所: 〒 TEL 氏名: 印 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が交付されている場合は、必ず記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等					
振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	支店	
普通 当座 (いずれかに○)	口座番号				
口座名義	フリガナ				
(注)預貯金口座の口座名義について 被認定者本人の名義の口座に限り振込みが可能となります。 (注)貯蓄預金は取り扱っていません。					

郵便局					
通帳記号					通帳番号
1				0	の
口座名義		フリガナ			

(注)太枠内を記入してください。

医療費請求書の提出についての注意

- 当制度における医療費の支給は、被認定者が保険医療機関等※1において医療※2を受ける際に、石綿健康被害医療手帳を提示することにより、自己負担分※3(医療に要した費用の額のうち医療保険等による給付の額を除いた額)を支払うことなく、認定疾病(これらに付随する疾病※4を含みます。)に関して医療を受けることができるようになります(現物給付)。しかし、石綿健康被害医療手帳が提示できない下記のケースについては、いったん医療費をご自身で支払っていただき、後日独立行政法人環境再生保全機構に対して自己負担分※3を、請求することとなります(償還払い)。なお、支給対象は基準日(認定疾病の療養を開始した日(健康保険法第63条第1項等に規定される療養の給付が開始された日をいう。))その日が当該認定の申請のあった日の3年前の日より前である場合には、当該認定の申請のあった日の3年前の日。以下同じ。)以降の医療費です。
 - 被認定者が緊急その他やむを得ない理由により保険医療機関等以外の病院等において医療を受けた時の医療費(いわゆる自己負担分)がある場合
 - 被認定者が、基準日から認定を受けて石綿健康被害医療手帳の交付を受けるまでの間に認定疾病に対して医療を受けた場合など、保険医療機関等において石綿健康被害医療手帳を提示しないで医療を受けた場合で、手帳を提示しなかったことが、緊急その他やむを得ない理由によるものと認められる場合の医療費(いわゆる自己負担分)がある場合。
- ※1「保険医療機関等」とは、健康保険法に規定する保険医療機関、保険薬局、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設などを言います。
※2「医療」とは、次の6つの給付を言います。
 - 診察
 - 薬剤又は治療材料の支給
 - 医学的処置、手術及びその他の治療
 - 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
 - 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
 - 移送「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。なお、移送に要した費用があるときは、その費用を証明する書類が必要となります。
※3 自己負担分の割合は、保険の種類により異なります。例えば、入院し保険診療を受けたときは、医療機関へ自己負担分として医療費の3割を支払います。この自己負担分が、この制度で請求できる金額となります。室料差額、診断書料、自費検査料等の保険給付対象外の費用は、支給の対象外です。また、この時、同一月内の同一医療機関毎に自己負担額(医科・入院・外来別に計算し、さらに、診療科毎に計算した自己負担額)が自己負担限度額を超えているときは、この自己負担限度額が本制度の医療費として支給され、自己負担額を超えた部分については、加入している健康保険で高額療養費として支給されます(高額療養費の支給については、保険者(健康保険組合等)への手続きが必要となります。))。
※4「これらに付随する疾病」とは、中皮腫又は肺がんのいわゆる続発症をいい、次のような疾病等が含まれます。
 - 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、癌性リンパ管症など)
 - 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、胸膜炎など)
 - 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、術後の肺機能障害など)
- この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - 受診等証明書(手続様式第11号)
 - 医療費の額が移送に要した費用の額を含むものであるときは、当該費用の額を証明することができる書類(1)については、指定の様式がありますので、その様式に医療機関に記入していただいでください。
- 医療費の請求期間は、医療費の対象となる費用の支払いを行った日の翌日から2年以内となります。
- 労働者災害補償保険法等により医療費のみの給付を受けている場合などで、石綿健康被害救済制度から医療費の支給を受ける必要がない場合であっても、基準日の属する月の翌月の分からの療養手当の支給を受けるため、この請求書に医療費の額を0円と記載し、併せて受診等証明書(手続様式第11号)を添付することにより、療養を開始した日を明らかにした上で、独立行政法人環境再生保全機構に提出してください。

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、手帳に記載されている番号を記入してください。
- 「⑧保険医療機関等以外の病院、診療所又は薬局その他の者から医療を受けた理由」の理由の欄に書ききれない場合は、別紙に記入のうえ、添付してください。
- 「⑨保険医療機関等で医療を受けたが、石綿健康被害医療手帳を提示しなかった理由」でその他の欄に書ききれない場合は、別紙に記入のうえ、添付してください。
- 「⑫高額療養費の支給額」は把握している場合は、記入してください。

機構処理欄

- ☐ 受診等証明書(手続様式第11号)

☐ 医療費の額が移送に要した費用の額を含むものであるときは、当該費用の額を証明することができる書類

石綿による健康被害の救済に関する法律
受 診 等 証 明 書

請求書番号		手帳番号		申請書番号	
①フリガナ 医療を受けた者の氏名		②医療を受けた者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
③フリガナ 医療を受けた者の住所	〒 Tel				
④当該証明に係る疾病の名称					
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	平成 年 月 日				
⑥医療の内容					
⑦当該証明に係る保険医療費の総額	円				
⑧保険医療費のうち自己負担額	入 院	入 院 外	調 剤(院外分)	合計金額	
	円	円	円	円	
⑨移送された区間及び移送に要した費用	区間	から	まで	費用	円
⑩証明合計金額 (⑧の合計金額+⑨の金額) (※内訳は裏面に記入してください。)	円				
⑪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。 平成 年 月 日 病院・診療所又は薬局の名称: 住所: 〒 Tel 開設者の氏名: 印					

(注)太枠内を記入してください。

(注 意)

- 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫又は肺がん(これらに付随する疾病を含みます。))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。
ここでいう「これらに付随する疾病」とは、中皮腫又は肺がんのいわゆる続発症をいい、次のような疾病等が含まれます。
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、癌性リンパ管症など)
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、胸膜炎など)
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、術後の肺機能障害など)
- ④については、上記1に示した中皮腫又は肺がんが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。
- ⑤については、④に係る療養を開始した日(認定疾病(認定の申請に係る疾病))について、健康保険法第63条第1項等に規定される療養の給付が開始された日をいいます。)を記入してください。
※療養を開始した日が当該認定の申請のあった日の3年前の日より前である場合には、当該認定の申請のあった日の3年前の日からの医療費が支給されることとなります。
- ⑥については④に係る医療の内容を記入してください。
- ⑦については当該証明に係る医療費の総額(保険外の差額ベッド代、文書料等は含みません。)を記入してください。
- ⑧については、⑦のうち自己負担額(差額ベッド代、文書料等の健康保険法等において算定しない経費を除く。)について、入院分、入院外分、調剤分に分け、それぞれの額及びそれらの合計金額を記入し、月ごとの内訳は裏面に記入してください。
なお、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。
- この証明書の内容について、後日、独立行政法人環境再生保全機構より照会する場合があります。
- 医療機関毎に1枚記入してください。

病院・診療所または薬局で記入してもらってください

各 種 費 用 の 内 訳

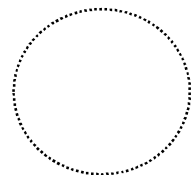
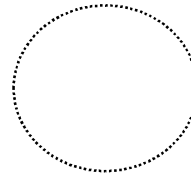
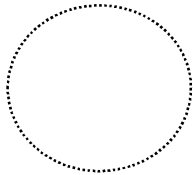
	保険医療費の総額 10割分を記入してください	保険医療費のうち自己負担分			移送に要した自己負担額
		入 院 食事療養費は()書きで外数として記入してください	入 院 外	調剤(院外分)	
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
年 月 分		()			
合 計 金 額	表面⑦へ転記してください。 円	表面⑧へ転記してください。 円	表面⑧へ転記してください。 円	表面⑧へ転記してください。 円	表面⑨へ転記してください。 円

※保険医療費の総額とは、中皮腫又は肺がん(これらに付随する疾病を含みます。)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。

※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。

※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た場合において、入院、転院、転地療養をするのに普通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。

※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(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

① 手帳番号※		請求書番号		申請書番号	
② フリガナ		③ 被認定者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
被認定者(認定前にあつては、 認定の申請をした者)の氏名	(男・女)				
④ フリガナ					
被認定者の住所	〒 TEL				
⑤ 認定疾病(認定の申請に係る疾病)の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん				
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。					
平成 年 月 日 請求者 住所: 〒 TEL 氏名: 印					
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が交付されている場合は、記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等				郵便局	
振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	通帳記号	通帳番号
		支店		1 0 の	
	普通 当座 (いずれかに○)	口座番号		口座名義	フリガナ
口座名義	フリガナ				
(注)預貯金口座の口座名義について 請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能となります。 (注)貯蓄預金は取り扱っていません。					

(注)太枠内を記入してください。

療養手当請求書の提出についての注意

1. 療養手当は、被認定者が医療を受ける際に必要な医療費以外の費用とし、月を単位として定額支給されるものです。
2. 療養手当は、請求に基づき、基準日（認定疾病の療養を開始した日。その日が当該認定の申請のあった日の3年前の日より前である場合は、当該認定の申請のあった日の3年前の日。）の属する月の翌月から始め、支給すべき事由が消滅した日の属する月までが給付対象期間で、通常2月、4月、6月、8月、10月及び12月の6期に、それぞれの前月及び前々月の分の2ヶ月分を支給します。
3. 療養手当は、認定の申請後であれば、認定前であっても請求することができます。認定の決定がされた際には、基準日の属する月の翌月分から支給されますので、認定申請書を提出する際には、併せて療養手当請求書も提出するようにしてください。

記入上の注意

1. 「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。

手続様式第13号(第14条関係)

整理番号	
------	--

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」に必要事項をご記入のうえ、同封の返信用封筒により5月31日までに必ずご返送ください。
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。

現況届出書

被認定者の氏名		被認定者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
被認定者の住所	〒 TEL			
手帳番号		認定疾病名	1. 中皮腫 2. 肺がん	

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。

平成 年 月 日
被認定者又は代理人

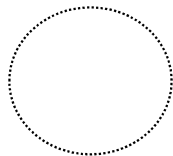
住所 〒 TEL
氏名 (男・女) 印
署名者が代理人の場合は被認定者との関係()

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

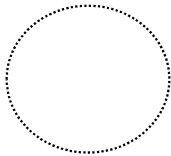
※提出期限までに提出されない場合は、給付が一時中止されますので十分注意してください。

機構処理欄

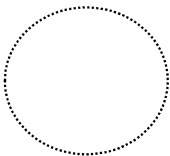
☐ 被認定者であって日本国内に住所を有しないものにあつては、その者の生存が確認できる書類



手続様式第14号(第15条関係)



機構受付印



保健所等受付印

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

① 手帳番号※		請求書番号		申請書番号	
② フリガナ 請求者の氏名	(男・女)	③ 請求者の 生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成		
④ フリガナ 請求者の住所	〒		⑤ 支給前死亡者 との身分関係		
⑥ フリガナ 支給前死亡者の氏名	(男・女)	⑦ 支給前死 亡者の生年月 日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成		
⑧ フリガナ 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(認定の申請に係 る疾病)の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん		⑩ 死亡年月日	平成 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給付を受けたく、必要書類を添えて請求します。

平成 年 月 日 請求者 住所: 〒

TEL

氏名: 印

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が交付されている場合は、必ず記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等			郵便局		
振込先金 融機関名	フリガナ	銀行・信金・ 農協・漁協・ その他	フリガナ	通帳記号	通帳番号
			支店	1 0 の	
	普通 当座 (いずれかに○)	口座番号		口座名義	フリガナ
口座名義	フリガナ				
(注)預貯金口座の口座名義について 請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能となります。 (注)貯蓄預金は取り扱っていません。					

(注)太枠内を記入してください。

機構処理欄

給付の種類及び金額	ア医療費()円	イ療養手当()円	計()円
-----------	----------	-----------	-------

未支給の医療費等の請求書の提出についての注意

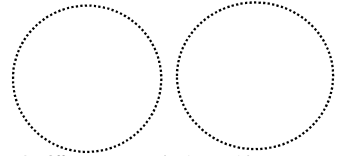
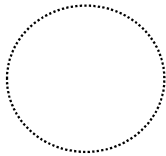
1. 未支給の医療費等は、被認定者（認定前にあっては、認定の申請をした者。）が死亡した場合において、その死亡した方に支給すべき医療費・療養手当でまだ支給していなかったものがあるときに、遺族が請求できる給付です。
※ 被認定者が亡くなる前に医療費の支給を請求していなかった場合においては、この請求をしようとする遺族は、医療費請求書（手続様式第10号）、受診等証明書（手続様式第11号）の提出が必要となります。
2. 未支給の医療費等の請求は、申請中死亡者に係る決定申請がされた後は、当該決定の前であってもすることができます。
3. この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - （1）医療費等を受けることのできた者で死亡した者（以下「支給前死亡者」という。）の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
 - （2）請求者と支給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又は抄本
※ 請求者が配偶者以外の者であるときは、請求者よりも前順位者の不在（死亡や離縁等）を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本
 - （3）請求者が支給前死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - （4）請求者が支給前死亡者の死亡の当時その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
※ 同一生計とは、支給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）が支給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。
 - （5）支給前死亡者が医療費等の支給を請求する場合に提出すべきであった書類その他の資料でまだ提出していなかったもの
4. 未支給の医療費等を受けることができる遺族は死亡者の①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母又は⑥兄弟姉妹であって、その者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものとなります。
5. 請求の順位は、4. ①から⑥の番号が請求順位になります。なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った給付は、全員に対してしたこととなります。
6. 未支給の医療費等を請求できる期間は被認定者が死亡した日の翌日から10年以内となります。

記入上の注意

1. 「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。
2. 「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。

機構処理欄

- ☐ 支給前死亡者の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
- ☐ 請求者と支給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又は抄本
- ☐ 請求者が支給前死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
- ☐ 請求者が支給前死亡者の死亡の当時その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
- ☐ 支給前死亡者が医療費等の支給を請求する場合に提出すべきであった書類その他の資料でまだ提出していなかったもの



機構受付印 保健所等受付印

手続様式第15号(第16条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
葬 祭 料 請 求 書

① 手帳番号※		請求書番号		申請書番号	
② フリガナ 請求者の氏名	(男・女)		③ 請求者の 生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
④ フリガナ 請求者の住所	〒 TEL				
⑤ 死亡した被認定者等 (被認定者又は申請中死亡 者)との関係			⑥ 認定疾病(認定 の申請に係る疾病) の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん	
⑦ フリガナ 死亡した被認定者等の氏名	(男・女)		⑧ 死亡した被認定 者等の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
⑨ フリガナ 死亡した被認定者等が死亡 の当時有していた住所	〒 TEL				
⑩ 死亡した被認定者等の 死亡年月日	平成 年 月 日		⑪ 請求者 が葬祭を行 う又は行った 年月日	平成 年 月 日	
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19条第1項の規定による葬祭料の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 平成 年 月 日 請求者 住所: 〒 TEL 氏名: 印 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が交付されている場合は、必ず記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等			郵便局		
振込先 金融機 関名	フリガナ	銀行・信金・ 農協・漁協・ その他	フリガナ	通帳記号	通帳番号
			支店	1 0 の	
普通 当座 (いずれかに○)		口座番号			
口座名義	フリガナ			口座名義	フリガナ
(注) 預貯金口座の口座名義について 請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能です。 (注) 貯蓄預金は取り扱っていません。					

(注) 太枠内を記入してください。

葬祭料請求書の提出についての注意

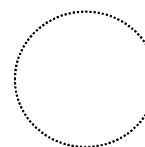
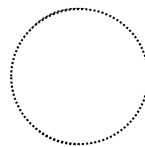
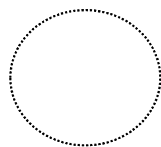
1. 葬祭料は、被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）が、認定疾病に起因して死亡した場合に、死亡した被認定者等（被認定者又は申請中死亡者。以下同じ。）の葬祭を行う者が請求できる給付です。
2. 葬祭料の請求は、法第5条第1項の規定に基づく申請中死亡者に係る決定の申請がされた後は、当該決定の前であつてもすることができます。
3. この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - （1）被認定者等の死亡の事実及び死亡年月日並びに認定疾病（認定前にあつては、認定の申請に係る疾病。）に起因して死亡したことを証明することができる書類（死亡診断書など）
 - （2）請求者が死亡した被認定者等について葬祭を行う者であることを明らかにすることができる書類（葬祭を行った際の領収書など）
4. 葬祭料の請求期間は、被認定者等が認定疾病に起因して死亡した日の翌日から2年以内となります。

記入上の注意

1. 「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。

機構処理欄

- | |
|---|
| ☐ 被認定者等の死亡の事実及び死亡年月日並びに認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書類（死亡診断書など）
☐ 請求者が死亡した被認定者等について葬祭を行う者であることを明らかにすることができる書類 |
|---|



手続様式第16号(第17条関係)

機構受付印

保健所等受付印

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					
① フリガナ			② 請求者の生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	
請求者の氏名		(男・女)			
③ フリガナ			④	1.配偶者 2.事実婚 3.子 4.父母 5.孫 6.祖父母 7.兄弟姉妹	
請求者の住所		〒		施行前死亡者との身分関係	
		TEL			
⑤ 請求に係る疾病の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん		⑥ 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 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	
⑦ フリガナ			⑧ 施行前死亡者の生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	
施行前死亡者の氏名		(男・女)			
⑨ フリガナ			⑩ 施行前死亡者の死亡年月日	昭和 年 月 日 平成	
施行前死亡者が死亡の当時有していた住所		〒			
		TEL			
⑪ 施行前死亡者が死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地	医療機関の名称				
	所在地	〒			
		TEL			
⑫ 死亡の当時に施行前死亡者と同じ生計であった者	氏 名	施行前死亡者との身分関係	現在の連絡先		
			〒	TEL	
			〒	TEL	
			〒	TEL	
			〒	TEL	
⑬ 他の法令による石綿健康被害に関する給付	給付の有無	有 ・ 無		種類	1. 特別遺族給付金 2. 労働者災害補償保険 3. 船員保険 4. その他()
	申請の状況	申請したが棄却 申請中 申請予定あり 申請予定なし			
	労働者災害補償保険等に請求中の場合 (種類が1. 又は2. のとき)	請求先	()労働基準監督署		
		請求時期	平成 年 月頃		
⑭ 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) (2・3・4は内容が分かるものの写しを添付してください。)				

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。

平成 年 月 日

請求者 住所: 〒

TEL

氏名:

印

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(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等			郵便局		
振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	通帳記号	通帳番号
				1 0 の	
	普通 当座 (いずれかに○)	口座番号		口座名義	フリガナ
口座名義	フリガナ				
(注)預貯金口座の口座名義について 請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能です。 (注)貯蓄預金は取り扱っていません。					

(注)太枠内を記入してください。

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(施行前死亡者用)の提出についての注意

1. 施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料は、石綿による健康被害の救済に関する法律の施行前(平成18年3月26日以前)に、日本国内で石綿を吸入することにより指定疾病にかかり、この疾病に起因して死亡した者の遺族が請求できる給付です。
2. この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - (1) 「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機構が確認することの同意書(手続様式第16の2号)」又は請求に係る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
 - (2) 請求に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料(判定様式第3号(石綿が原因であることの根拠に関する報告書)、胸部単純エックス線画像、胸部CT画像など、判定様式第6号(石綿計測結果報告書又はこれと同等の内容を含む書類))
 - (3) 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又は抄本

※ 請求者が配偶者以外の者であるときは、請求者よりも前順位者の不在(死亡や離縁等)を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本

 - (4) 請求者が施行前死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (5) 請求者が施行前死亡者の死亡の当時その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
3. 遺族からの特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求に基づき、独立行政法人環境再生保全機構は請求した遺族に対して当該給付を受ける権利の認定の可否を決定します。
4. 特別遺族弔慰金等を受けることができる遺族は、石綿による健康被害の救済に関する法律の施行前死亡者の①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母又は⑥兄弟姉妹であって、死亡者の死亡当時、生計を同じくしていた者となります。
5. 請求の順位は、4. ①から⑥の番号が請求順位になります。なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った支給は、全員に対して支給したこととなります。
6. 施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金等を独立行政法人環境再生保全機構に対し請求できるのは、石綿による健康被害の救済に関する法律の施行日(平成18年3月27日)から6年間(平成24年3月27日まで)です。

記入上の注意

1. 「⑥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ご記入ください。
2. 「⑫死亡の当時に施行前死亡者と同一生計※であった者」の欄に書ききれない場合、別紙に記入のうえ、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。
3. 「⑬他の法令による石綿健康被害に関する給付」で給付の有無が「有」の場合は、「有」に○を付けて、その種類のいずれかに○を付けてください。給付の有無が「無」の場合、「申請の状況」欄のいずれかを○で囲んでください。なお、申請の状況で「申請したが棄却」、「申請中」又は「申請予定あり」の場合、その種類に○を付けてください。また、申請の状況が「申請中」又は「申請予定あり」で、その種類が特別遺族給付金又は労働者災害補償保険の場合は、請求先及び請求時期もご記入ください。

※種類の中の特別遺族給付金とは、死亡労働者等の遺族であって、労災保険法の規定による遺族補償給付を受ける権利が時効によって消滅したのに対し、遺族の請求に基づき支給されるものです。
4. 「⑭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、内容がわかるものの写しを添付してください。

機構処理欄

- ☐ 「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機構が確認することの同意書」又は請求に係る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
- ☐ 請求に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料
- ☐ 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又は抄本
- ☐ 請求者が施行前死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
- ☐ 請求者が施行前死亡者の死亡の当時その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
- ☐ 石綿健康被害に係る訴訟(係争中を除く)又は示談がある場合、内容が分かるものの写し

手続様式第16の2号

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

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（同意書）

施行前死亡者

住所

氏名

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

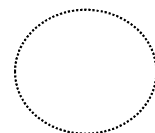
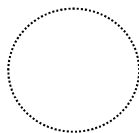
請求者

住所

氏名

⑩

施行前死亡者との関係



手続様式第16の3号(第17条の2関係)

機構受付印

保健所等受付印

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					
①フリガナ			②請求者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
請求者の氏名	(男・女)				
③フリガナ			④未申請死亡者との身分関係	1.配偶者 2.事実婚 3.子 4.父母 5.孫 6.祖父母 7.兄弟姉妹	
請求者の住所	〒		年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		
⑤請求に係る疾病の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん	⑥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			
⑦フリガナ			⑧未申請死亡者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
未申請死亡者の氏名	(男・女)				
⑨フリガナ			⑩未申請死亡者の死亡年月日	平成	年 月 日
未申請死亡者が死亡の当時有していた住所	〒				
⑪未申請死亡者が死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地	医療機関の名称				
	所在地	〒			
		TEL			
⑫未申請死亡者が死亡の当時その者と同一生計であった者	氏名	未申請死亡者との身分関係	現在の連絡先		
			〒	TEL	
			〒	TEL	
			〒	TEL	
			〒	TEL	
			〒	TEL	
⑬他の法令による石綿健康被害に関する給付	給付の有無	有・無		種類	1. 労働者災害補償保険 2. 船員保険 3. その他()
	申請の状況	申請したが棄却 申請中 申請予定あり 申請予定なし			
	労働者災害補償保険に請求中の場合(種類が1. のとき)	請求先	()労働基準監督署		
		請求時期	平成 年 月頃		
⑭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) (2・3・4は内容が分かるものの写しを添付してください。)				
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。					
平成 年 月 日 請求者 住所: 〒					
TEL					
氏名: 印					
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(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等					
振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	支店	
普通 当座 (いずれかに○)		口座番号			
口座名義	フリガナ				
(注)預貯金口座の口座名義について 請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能となります。 (注)貯蓄預金は取り扱っていません。					

郵便局					
通帳記号			通帳番号		
1			0	の	
口座名義			フリガナ		

(注)太枠内を記入してください。

特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求書(未申請死亡者用)の提出についての注意

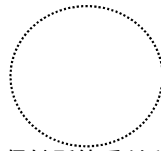
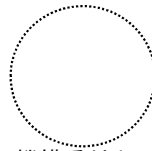
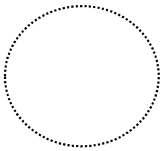
1. 未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料は、石綿による健康被害の救済に関する法律の施行後(平成18年3月27日以後)に、日本国内で石綿を吸入することにより指定疾病にかかり、認定の申請をしないでこの疾病に起因して死亡した者の遺族が請求できる給付です。
2. この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - (1) 未申請死亡者の死亡の事実及び死亡年月日並びに請求に係る疾病に起因して死亡したことを証明することができる書類
 - (2) 請求に係る疾病にかかっていたことを証明することができる医師の診断書その他の資料(診断書(中皮腫の場合は判定様式第1号、気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)の場合は判定様式第2号)、判定様式第4号(病理組織診断書又はこれと同等の内容を含む書類)及び判定様式第5号(細胞診報告書又はこれと同等の内容を含む書類)のほか、単純エックス線画像やCT画像など。)
 - (3) 請求に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料(判定様式第6号(石綿計測結果報告書又はこれと同等の内容を含む書類)、胸部単純エックス線画像、胸部CT画像など。)
 - (4) 請求者と未申請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又は抄本
※ 請求者が配偶者以外の者であるときは、請求者よりも前順位者の不在(死亡や離縁等)を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本
 - (5) 請求者が未申請死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - (6) 請求者が未申請死亡者の死亡の当時その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
※(2)、(3)について、診断書などの資料は、主治医等に記載していただくこととなりますのでご相談ください。
※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。
3. 遺族からの特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求に基づき、独立行政法人環境再生保全機構は請求した遺族に対して当該給付を受ける権利の認定の可否を決定します。
4. 未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料を受けることができる遺族は、未申請死亡者の①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母又は⑥兄弟姉妹であって、未申請死亡者の死亡当時、生計を同じくしていた者となります。
5. 請求の順位は、4. の①から⑥の番号が請求順位になります。なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った支給は、全員に対して支給したこととなります。
6. 未申請死亡者に係る特別遺族弔慰金・特別葬祭料を環境再生保全機構に対し請求できるのは、未申請死亡者が死亡の時から5年間で、ただし、石綿による健康被害の救済に関する法律の施行日(平成18年3月27日)から改正法施行日(平成20年12月1日)前までは、お亡くなりになったご遺族からの請求は、改正法施行日から5年(平成25年12月1日)となります。

記入上の注意

1. 「⑥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。
2. 「⑫未申請死亡者が死亡の当時その者と同一生計※であった者」の欄に書ききれない場合、別紙に記入のうえ、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。
3. 「⑬他の法令による石綿健康被害に関する給付」で給付の有無が「有」の場合は、「有」に○をつけて、その種類のいずれかに○を付けてください。給付の有無が「無」の場合、申請の状況欄のいずれかを○で囲んでください。なお、申請の状況で「申請したが棄却」、「申請中」又は「申請予定あり」の場合は、その種類に○を付けてください。また、申請の状況が「申請中」又は「申請予定あり」の場合で、その種類が労働者災害補償保険の場合は、請求先及び請求時期もご記入ください。
4. 「⑭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、内容がわかるものの写しを添付してください。

機構処理欄

- ☐ 未申請死亡者の死亡の事実及び死亡年月日並びに請求に係る疾病に起因して死亡したことを証明する書類
- ☐ 請求に係る疾病にかかっていたことを証明することができる医師の診断書その他の資料
- ☐ 請求に係る疾病が気管支又は肺の悪性新生物(肺がん)であるときは、石綿を吸入することにより当該疾病にかかったことを証明することができる資料
- ☐ 請求者と未申請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又は抄本
- ☐ 請求者が未申請死亡者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
- ☐ 請求者が未申請死亡者の死亡の当時その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
- ☐ 石綿健康被害に係る訴訟(係争中を除く)又は示談がある場合、内容が分かるものの写し



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第17号(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

① 手帳番号※		請求書番号		申請書番号	
② フリガナ				明治・大正	年 月 日
請求者の氏名	(男・女)			昭和・平成	年 月 日
④ フリガナ					
請求者の住所	〒 TEL				
⑤ 死亡した被認定者等(被認定者又は申請中死亡者)との身分関係			⑥ 認定疾病(認定の申請に係る疾病)の名称	1. 中皮腫 2. 肺がん	
⑦ フリガナ			⑧ 死亡した被認定者等の生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	
死亡した被認定者等の氏名	(男・女)				
⑨ フリガナ					
死亡した被認定者等が死亡の当時有していた住所	〒 TEL				
⑩ 死亡した被認定者等の死亡年月日	平成 年 月 日				
⑪ 死亡した被認定者等が死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地	医療機関の名称				
	所在地		〒 TEL		

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。

平成 年 月 日

請求者 住所: 〒

TEL

氏名: 印

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が交付されている場合は、必ず記入してください。

振込みを希望する金融機関(銀行等又は郵便局のいずれかに記入してください。)					
銀行等			郵便局		
振込先金融機関名	フリガナ	銀行・信金・農協・漁協・その他	フリガナ	通帳記号	通帳番号
		支店		1 0 の	
普通 当座 (いずれかに○)		口座番号			フリガナ
口座名義	フリガナ			口座名義	

(注)預貯金口座の口座名義について
請求者本人の名義の口座に限り振込みが可能となります。
(注)貯蓄預金は取り扱っていません。

(注)太枠内を記入してください。

機構処理欄

請求金額	特別遺族弔慰金の額 (円) ア.	医療費 (円) イ.	療養手当(円) ウ.	請求額 (円) (ア-イ-ウ)	摘 要
	2,800,000 円				

救済給付調整金請求書の提出についての注意

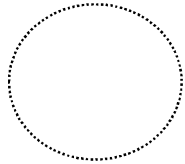
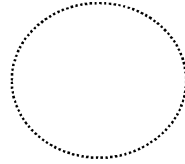
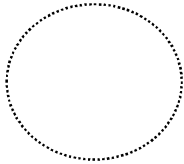
1. 救済給付調整金は、指定疾病にかかった被認定者（認定前にあっては、認定の申請をした者）が、当該指定疾病に起因して死亡した場合で、支給された医療費等の合計額が特別遺族弔慰金の額（2,800,000円）に満たないときに、特別遺族弔慰金の額から当該合計額を控除した額に相当する金額を遺族が請求できる給付です。
2. 救済給付調整金の請求は、法第5条第1項の規定に基づく申請中死亡に係る決定の申請がされた後は、当該決定の前であってもすることができます。
3. この請求をする場合は、以下の書類を添付してください。
 - （1）被認定者等（被認定者又は申請中死亡者）の死亡の事実及び死亡年月日並びに認定疾病（認定の申請に係る疾病。以下同じ。）に起因して死亡したことを証明することができる書類（死亡診断書など）
 - （2）請求者と被認定者等との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本
※ 請求者が配偶者以外の者であるときは、請求者よりも前順位者の不在（死亡や離縁等）を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本
 - （3）請求者が被認定者等と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類
 - （4）請求者が被認定者等の死亡の当時その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
※ 同一生計とは、死亡した被認定者等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）が死亡した被認定者等の日常生活の全部又は一部を補っていた場合などです。
4. 救済給付調整金を受けることができる遺族は死亡した被認定者等の①配偶者、②子、③父母、④孫、⑤祖父母又は⑥兄弟姉妹であって、その者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものとなります。
5. 請求の順位は、4. の①から⑥の番号が請求順位になります。なお、同順位者が2人以上の場合、同順位者の1人がした請求をもって全員が請求したこととなり、その請求者1人に対して行った給付は、全員に対してしたこととなります。
6. 救済給付調整金の請求は、被認定者等が死亡した日の翌日から2年以内となります。

記入上の注意

1. 「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。

機構処理欄

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ 被認定者等の死亡の事実及び死亡年月日並びに認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書類☐ 請求者と被認定者等との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本☐ 請求者が被認定者等と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類☐ 請求者が被認定者等の死亡の当時その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 |
|---|



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第18号(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

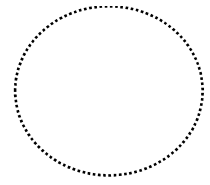
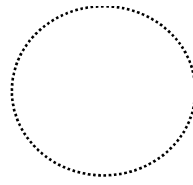
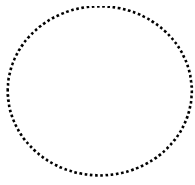
① 手帳番号※		届出書番号					
② 救済給付を受け、又は受けようとする者	フリガナ						
	氏名	(男・女)					
	生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成					
	フリガナ						
	住所	〒 Tel					
③ 石綿による健康被害に関する損害賠償の内容	損害賠償の形態			1. 和解 2. 判決確定 3. 示談 4. その他()			
	損害賠償の内容が明らかな場合	逸失利益	逸失利益額	受領額	算定基礎期間	備考	
			円	受領済額 円 受領予定額 円	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
		療養費	受領額	算定基礎期間	備考		
			受領済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

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。
平成 年 月 日

届出者 住所 〒
氏名 印
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が交付されている場合は、必ず記入してください。

(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(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

① 手帳番号※	届出書番号		
② 救済給付を受け、又は受けようとする者	フリガナ		
	氏 名	(男・女)	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	フリガナ		
③ 被認定者(認定の申請をした者)	住 所	〒	
		TEL	
	フリガナ		
	氏 名	(男・女)	
④ 支給される他の 法令の規定による 給付	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	フリガナ		
	住 所	〒	
		TEL	
④ 支給される他の 法令の規定による 給付	法令の名称	給付等種類・金額	給付決定日
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。			
平成 年 月 日 届出者 住所: 〒 TEL 氏名: 印			
独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿			

(注)太枠内を記入してください。

他の法令による給付等の受給届の提出にあたっての注意

- 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。
 - 記入にあたって、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。
- ※ 石綿健康被害医療手帳が交付されている場合は、必ず記入してください。