

建設アスベスト給付金

請求の手引き ③

《追加給付金を請求される方へ》

目 次

I 追加給付金の請求について	1
1 給付金制度のしくみ.....	1
2 追加給付金の請求の手続き.....	1
II 追加給付金の請求に必要な書類	2
1 基礎資料（請求書等）.....	4
2 添付資料.....	11
（0）労災支給決定等情報提供サービス.....	11
（1）請求者のご本人確認に必要な書類.....	11
（2）請求者が被災者の遺族である場合に必要な書類.....	11
（3）被災者の方に労災保険の支給・不支給決定等がある場合に必要な書類.....	13
（4）請求する区分の石綿関連疾病に罹患していることを証明する資料.....	14
（5）追加給付金請求の場合に必要な書類.....	16
（6）企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合に必要な資料.....	16
（7）その他の必要な資料.....	16

<この手引きの利用にあたって>

- この手引きは、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律（令和3年法律第74号。以下「建設アスベスト給付金法」）の支給について主な内容を取りまとめたものです。

記載内容の詳細については、労災保険相談ダイヤル（電話：0570-006031/詳細は本パンフレットの裏表紙に記載）にお問い合わせください。

- 建設アスベスト給付金制度の詳細については、以下をご覧ください。

- ・パンフレット「建設アスベスト給付金制度の概要」
- ・厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/kensetsu_kyufukin.html

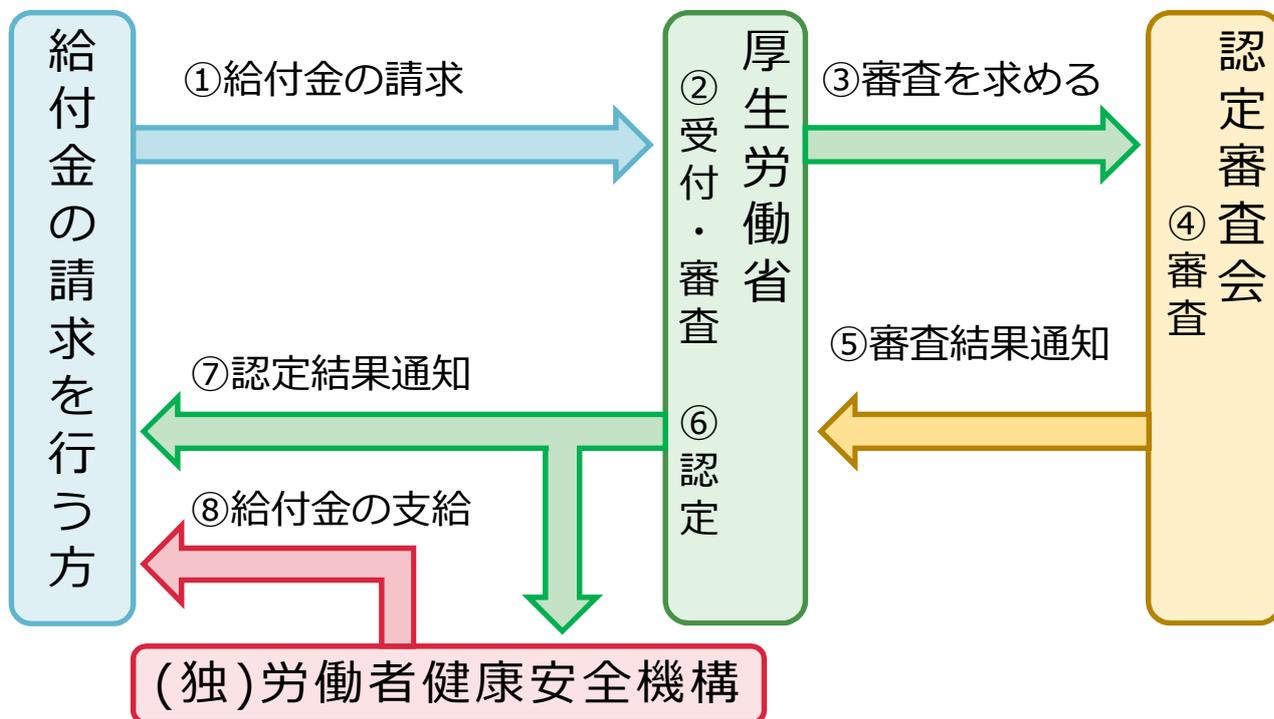


- 請求期限経過後に請求を行った方や、支給要件に該当しない方に対しては、支給されません。

I 追加給付金の請求について

1 給付金制度のしくみ

給付金制度のしくみは、以下のとおりです。



※「① 給付金の請求」に関し、厚生労働省から請求者の方にご連絡し、不足書類や追加資料の提出をお願いをする場合があります。

※認定・不認定の結果については、書面でご連絡します。

※建設アスベスト給付金制度の詳細については、

- ・パンフレット「建設アスベスト給付金制度の概要」
 - ・厚生労働省ホームページ
- をご覧ください。（前ページの<この手引きの利用にあたって>参照）

2 追加給付金の請求の手続き

給付金の請求に必要な書類（4ページ目以降に掲載）をそろえ、以下の宛先まで**簡易書留**や**レターパック**など、配達状況や到着の確認ができる方法で郵送してください。（郵送以外の受付はしておりません。）

〒100-8916

東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎第5号館

厚生労働省労働基準局労災管理課

建設アスベスト給付金担当 あて

Ⅱ 追加給付金の請求に必要な書類

追加給付金の請求に必要な書類は、次のとおりです。

※はじめて給付金を請求される場合（裁判等により国から損害賠償金・和解金を受け取っている場合を含みます。）は、

- パンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引<労災支給決定等情報提供サービスをご利用の方へ>」
 - パンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引<労災支給決定等情報提供サービスをご利用でない方へ>」
- をご覧ください。

番号	書類の種類	提出の要否	☑欄
1 基礎資料			
①	請求書（→4ページ）	必須	<input type="checkbox"/>
①-2	委任状または成年後見人等であることを証明する書類等（→10ページ）	原則不要 ※任意代理人や法定代理人が請求する場合は必要です。	<input type="checkbox"/>
2 添付資料			
(0) 労災支給決定等情報提供サービス			
-	通知書のコピー（→11ページ）	原則不要 ※前回の給付金等の認定後に労災支給決定等情報提供サービスを受けている場合は、提出してください。	<input type="checkbox"/>
(1) 請求者のご本人確認に必要な書類			
②	住民票の写し等（請求者の氏名・生年月日・住所を確認できる書類）（→11ページ）	原則必要 ※労災支給決定等情報提供サービスの申請者や、前回の給付金請求者と同一の者・同一の住所である場合は不要です。	<input type="checkbox"/>
(2) 請求者が被災者の遺族である場合（被災者が死亡されている場合）に必要な書類 ※請求者が被災者本人である場合は不要です。			
③	戸籍謄本等（→11ページ）	原則必要 ※労災支給決定等情報提供サービスの申請時に提出されている資料で、請求者が最先順位の遺族であることが確認できる場合は不要です。	<input type="checkbox"/>
④	死亡届の記載事項証明書（死亡の事実や原因が確認できる書類）（→12ページ）	原則必要 ※被災者に関する労災保険の遺族補償給付、石綿救済法の救済給付（救済給付調整金、特別遺族弔慰金、特別葬祭料に限る）、特別遺族給付金の支給決定や認定を受けている場合は不要です。	<input type="checkbox"/>

番号	書類の種類	提出の要否	☑欄
⑤	請求者が事実婚の場合はそれを証明する書類 (→12ページ)	原則不要 ※請求者が被災者の事実上の配偶者であり、かつ、労災支給決定等情報提供サービスの申請者と同一でない場合は必要です。	<input type="checkbox"/>
(3) 被災者に労災保険給付や石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定、石綿救済法の救済給付の認定・不認定またはじん肺管理区分決定がある場合に必要な書類			
⑥	支給決定等を受けた事実が分かる資料 (→13ページ)	原則不要 ※前回の給付金等の認定後に、以下の決定や認定等がある場合は必要です。 ・労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定・不支給決定 ・石綿救済法の救済給付の認定・不認定 ・じん肺法に基づくじん肺管理区分決定	<input type="checkbox"/>
(4) 請求する区分の石綿関連疾病に罹患していることを証明する資料			
⑦	石綿関連疾病への罹患が分かる資料 (→14ページ)	原則必要 ※請求する区分の疾病が、以下と同様の場合は不要です。 ・労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定 ・石綿救済法の救済給付に関する認定 ・前回の給付金等の認定後に受けた、労災支給決定等情報提供サービスの内容	<input type="checkbox"/>
⑦-2	罹患した疾病にかかわらず必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑦-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑦-4	石綿肺・びまん性胸膜肥厚に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑦-5	良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類			
⑧	前回の給付金の認定内容等が分かる資料 (→16ページ)	必須	<input type="checkbox"/>
(6) 企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合に必要な資料			
⑨	企業等からの受領金額の分かる資料 (→16ページ)	原則不要 ※前回の給付金等の認定後に企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合は必要です。	<input type="checkbox"/>
(7) その他の必要な資料			
⑩	振り込みを希望する金融口座の通帳またはキャッシュカードの写し(→16ページ)	必須	<input type="checkbox"/>
⑪	資料の日本語訳 (→16ページ)	原則不要 ※日本語以外で作成された資料がある場合は必要です。	<input type="checkbox"/>

1 基礎資料

① 請求書

「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等請求書」(追-様式1)に、以下の例を参考に必要事項(赤字部分)を黒字で記入してください。

※同様の項目が記載されているものであれば、この様式による必要はありません。

(受付番号:) ※記載不要 (追-様式1-1)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等請求書③(追加請求用)

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律による追加給付金の支給を請求します。

令和5年 1月 20日 請求者氏名 厚生 花子

1. 請求者の情報

フリガナ	コウセイ ハナコ	生年月日	
請求者氏名	厚生 花子	(明治・大正 昭和 平成・令和)	20年 6月 19日生
フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ1-2-2 チュウオウゴウドウチョウシャ5ゴウカン		
請求者住所又は居所	〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館		
電話番号	03(5253)1111		

※万一、請求者の方が本給付金等の支給の権利の認定・不認定の通知がなされるまでに死亡した場合には、本請求書による請求は無効となります。なお、当該場合には、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律第3条第2項及び第3項に基づき遺族の方(本請求の請求者を除く。)が御自身の名前で改めて請求を行っていただくことになります。

2. 被災者の情報

フリガナ	コウセイ タロウ	生年月日	
被災者氏名	厚生 太郎	(明治・大正 昭和 平成)	18年 12月 31日生
被災者がお亡くなりになっている場合	請求者の被災者との続柄 配偶者	請求者より先順位の遺族の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(遺族氏名:)
労働者災害補償保険法による保険給付の支給決定状況 ※石綿による健康被害の救済に関する法律による特別遺族給付金の支給決定状況を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中	<input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定なし	
(支給決定ありまたは不支給決定ありの場合)			
決定年月日 (支給・不支給)	令和4年 12月 15日	決定した労働基準監督署長	東京中央 労働基準監督署長
石綿による健康被害の救済に関する法律による救済給付の支給決定状況	<input type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中	<input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input checked="" type="checkbox"/> 請求予定なし	
(支給決定ありまたは不支給決定ありの場合)			
決定年月日 (支給・不支給)	年 月 日	認定を受けた疾病	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺

給付金は請求期限があり、請求書の到達日が以下期限内の必要があります（必着）。
（請求期限の末日が行政機関の休日の場合は、その翌開庁日が期限となります。）

●原則：以下のいずれか遅い方の日から起算して20年

- ・石綿関連疾病にかかった旨の医師の診断があった日
- ・石綿肺に関するじん肺管理区分の決定（管理2～4のみ）があった日

●被災者（石綿による健康被害を受けた方をいいます。以下同じ。）が石綿関連疾病により死亡した場合：死亡日から起算して20年

請求者が法定代理人・任意代理人の場合は「〇〇 法定代理人 ××」等と記入してください。

- ・請求者が被災者本人の場合は被災者本人
- ・請求者が被災者のご遺族である場合は、そのご遺族
- ・請求者が法定代理人・任意代理人の場合は、その代理人の氏名・生年月日・住所（または居所）を記入してください。

※法定代理人の場合の氏名は「成年被後見人〇〇の成年後見人××」等と記入してください。

なお、**追加給付金の支給を受けることができるご遺族は、被災者がすでに死亡した場合の、**

①被災者の配偶者（内縁の方を含みます。以下同じ。）

②子 ③父母 ④孫 ⑤祖父母 ⑥兄弟姉妹

のうち、○の番号が最も小さい方に限られます。

請求者が被災者のご遺族である場合に記入してください。

・「請求者の被災者との続柄」の欄は、上記①～⑥のいずれかを記入してください。
（例えば、被災者の子が請求する場合は「子」と記入。）

・「請求者より先順位の遺族の有無」の欄は、いずれかに☑をしてください。
（給付金の支給を受けることができるご遺族は、上記①～⑥のうち、その番号が最も小さい方に限られます。）

4項目のいずれかに☑をしてください。

「支給決定あり」または「不支給決定あり」に☑した場合は、その「決定年月日」、
「決定した労働基準監督署長」を記入してください。
（「決定年月日」は、不明であれば記入不要です。）

右上欄のいずれかに☑をしてください。（支給・不支給決定があれば下欄も記入）

※「石綿による健康被害の救済に関する法律」の「救済給付」に関する項目であり、
同法の「特別遺族給付金」に関する項目ではないのでご注意ください。

（「決定年月日」は、不明であれば記入不要です。）

3. 請求に関する情報

(追) - 様式1-2)

今回請求する区分 【 ⑦ 】		※以下の②～⑦から該当するものを記載	
①石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし ②石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり ③石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし ④石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり ⑤以下のいずれか（該当するものを選択） <input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 石綿肺管理4（相当を含む） <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 ⑥以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを選択） <input type="checkbox"/> 石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし <input type="checkbox"/> 石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし ⑦以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを選択） <input type="checkbox"/> 石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり <input type="checkbox"/> 石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり <input type="checkbox"/> 中皮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 石綿肺管理4（相当を含む） <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水			
前回の認定区分 【 ⑤ 】		※上記請求する区分の選択肢①～⑤から該当するものを記載	
前回認定日		令和4年 9月 1日	
前回給付金額		1 0 3 5 0 0 0 0 円	
(今回請求する区分が⑥または⑦の場合)			
死亡年月日		(昭和・平成 令和) 4年 10月 8日	備考（請求期限）※記載不要
(今回請求する区分が②～⑤の場合)			
請求する疾病にかかったと 医師に診断された日		(昭和・平成・令和) 年 月 日	備考（請求期限）※記載不要
(全ての請求区分)			
じん肺管理区分決定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	合併症の有無	<input type="checkbox"/> 有（疾病名： ） <input type="checkbox"/> 無
じん肺管理区分決定年月日 ※じん肺管理区分決定がない場合には、 請求する区分の管理区分に相当する旨の 医師の診断日	(昭和・平成・令和) 年 月 日		備考（請求期限）※記載不要
(今回請求する区分が⑤又は⑦で肺がんを選択した場合)			
被災者の喫煙の習慣の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有（喫煙1日平均 20本、喫煙期間 昭和40年 1月～平成29年 3月）		

(次のページにお進み下さい)

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手段により給付金の支給を受けた場合には、不正に受給した金額の返還を行う必要があります。また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。

②～⑦のうちから、被災者が当てはまる項目を1つ選択し、記入してください。
また、⑤～⑦を選択した場合は、その項目のいずれかの□を☑してください。

※「石綿肺管理○」とは、じん肺法に基づく「じん肺管理区分」が管理○である旨決定を受けた石綿肺をいいます。

※「相当を含む」とは、「じん肺管理区分」管理2～4に相当する状態にあるものに限る、その相当する「じん肺管理区分」の決定を受けていないものです。
(一人親方については、「じん肺管理区分」の決定の対象にはなりません。)

※「じん肺法所定の合併症」とは、以下の疾病をいいます。

肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸

なお、給付金額は以下のとおりです。

①	石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし	550万円
②	石綿肺管理2（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり	700万円
③	石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症なし	800万円
④	石綿肺管理3（相当を含む）でじん肺法所定の合併症あり	950万円
⑤	中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚、石綿肺管理4、良性石綿胸水であるもの	1,150万円
⑥	上記①、③のいずれかにより死亡した者	1,200万円
⑦	上記②、④、⑤のいずれかにより死亡した者	1,300万円

※喫煙歴を有する方（肺がんのみ）、短期ばく露に関する減額（それぞれ1割）があります。（詳細はパンフレット「建設アスベスト給付金制度の概要」を参照）

前回の給付金等の認定に関する情報を、以下のとおり転記してください。

- ・「前回の認定区分」 ← 認定決定通知書の「認定区分」
※英数字（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ…）はアラビア数字（①・②・③…）に変更してください。
- ・「前回認定日」 ← 認定決定通知書右上に記載の年月日
- ・「前回給付金額」 ← 認定決定通知書の「給付金額」

上記「請求する区分」で⑥または⑦を選んだ場合は、被災者の死亡年月日を記入してください。

上記「請求する区分」で②～⑤を選んだ場合は、被災者が請求する区分の石綿関連疾病にかかったと医師に診断された日を記入してください。

- ・ すべての請求区分の方が記入してください。
- ・ 「じん肺管理区分決定の有無」について当てはまる項目を☑してください。
- ・ じん肺管理区分決定がある場合は、「合併症の有無」について☑し、合併症がある場合は、疾病名を上記「じん肺法所定の合併症」から選び、「じん肺管理区分決定年月日」（じん肺管理区分の決定がない場合は、請求する区分の管理区分に相当する旨の医師の診断日）を記入してください。

上記「請求する区分」が⑤または⑦で肺がんを選んだ場合は、それぞれの項目について記入してください。

4. 損害賠償金、和解金、補償金等の受取状況

(追) - 様式 1 - 3

※名称の如何を問わず本請求と同一の原因に基づく損害賠償金や和解金、補償金等の請求や受領を行っている、又は、行ったことがある方は記入して下さい。

国に対する訴訟情報	提訴裁判所名	事件番号	原告番号
企業等に対する請求情報	請求先の商号、名称又は氏名	請求額	円
※現時点で請求中又は訴訟係属中の損害賠償金や和解金、補償金等について記載して下さい。			
企業等からの受取情報	支払者の商号、名称又は氏名	受領額	円
※既に支払を受けた損害賠償金や和解金、補償金について記載して下さい。	受領した者の氏名	被災者との続柄	
	受領日	年	月 日
	(受取額の内訳※内訳がある場合記載して下さい。)		
元本	円	遅延損害金	円
		弁護士費用その他	円

5. 振込を希望する金融口座 (※請求者本人名義の口座をご指定下さい。)

フリガナ	ロウドウアンセン	金融機関コード
金融機関名	労働安全 銀行 信用金庫 その他 ()	8888
フリガナ	トラノモン	支店コード
支店名	虎ノ門 本店 支店 支所 出張所	999
口座番号	9 8 7 6 5 4 3	預金種目
		普通 当座 貯蓄
フリガナ	コウセイ ハナコ	
口座名義	厚生 花子	

※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載して下さい。

6. 個人情報の取扱い

本請求書に記載された情報、請求者から提出された本請求に関する資料及び行政機関が保有する本請求に関する資料等の情報について、被災者の方が本請求の認定要件に合致するかなどを確認するために、医療機関、被災者の方がお勤めの企業 (かつてお勤めであった企業を含みます。) などに、審査・認定に必要な限度で提供する場合があります。

上記について同意します。

上記について同意しません。

※同意いただけない場合には、認定要件に合致することが確認できないなどの影響が出る場合があります。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -

アスベスト被害について、国や企業（建設会社や建材メーカーなど）から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合は、給付金額が調整されることがあります。

前回の給付金等の認定後に、アスベスト被害について、国に対して訴訟を提起している場合や、すでに支払いを受けた損害賠償金や和解金などがある場合は、その訴訟情報を記入してください。

前回の給付金等の認定後に、アスベスト被害について、企業（建設会社や建材メーカーなど）に対して裁判外で請求している場合や、訴訟を提起している場合は、記入してください。

※すでに損害賠償金や和解金、補償金などを受け取っている場合は不要です。

前回の給付金等の認定後に、アスベスト被害について、企業（建設会社や建材メーカーなど）から損害賠償金や和解金、補償金などを受け取っている場合は、記入してください。

※現時点で請求中または訴訟継続中の場合は不要です。

請求者（任意代理人・法定代理人が請求する場合は、被災者やその遺族）名義の口座を記入してください。

【請求者本人が金融口座を保有していない場合】

新規口座を開設してください。（その場合、まずは請求書の振込先口座を空欄で提出し、口座開設後に追加で口座情報を提出してください。）

【成年後見人の口座への振込をご希望の場合】

「口座名義」の欄に成年後見人の口座であることが明確に分かるよう「成年被後見人〇〇の成年後見人××」のような形式で記載してください。「口座名義」のフリガナ欄には、請求者の氏名をカタカナで記載の上、あわせてカッコ書きで成年後見人の氏名をカタカナで記載してください。

「上記について同意します。」「上記について同意しません。」のいずれかをしてください。

【同意いただけない場合】

- ・医療機関、被災者の方がお勤めの企業などに、本請求書に記載された情報などを提供することができないため、必要な審査が実施できない場合があります。
このため、特段の事情が無い限りは、同意いただけますようお願いいたします。
- ・審査の実施のために必要があると判断した際に、ご連絡させていただくことがあります。

社会保険労務士が作成・提出・事務代理を行う場合に記入してください。

① - 2 委任状または成年後見人であることを証明する書類等

原則不要

※任意代理人や法定代理人が請求する場合は必要です。

以下のA、Bの**いずれも**提出してください。

なお、追加の提出資料を求める場合や、請求者本人の意思を直接確認する場合があります。

A. 委任状または成年後見人等であることを証明する書類

・任意代理人の場合

代理人が請求者本人により適切に代理権を授与された者であることを確認するために、委任状（原本）を提出してください。（申請の前3か月以内に作成されたものに限りです。）また、委任状には、最低限以下の事項を記載してください。

【委任状に最低限記載すべき事項】

- ・ 請求者本人氏名および住所
- ・ 代理人氏名および住所
- ・ 請求者本人と代理人の関係
- ・ 委任する内容

※委任する内容は明確に記載してください。

（例：特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律に基づく給付金の請求に関する一切の件）

- ・ 請求者本人の自署または押印
- ・ 委任の日付

・成年後見人等の場合

成年後見人等であることを証明する書類（成年後見登記に関する証明書など）を提出してください。

B. 本人確認資料

任意代理人・成年後見人等に関する「住民票の写し」を提出してください。

※申請の前3か月以内に作成されたものに限りです。

※「住民票の写し」とは、市区町村が管理している住民票原本である住民票台帳の内容を専用の紙に写したものです。

住民票の写しをコピーしたものは、正式な証明書として成り立ちません。必ず住民票の写しの原本を提出してください。

※婚姻や国籍変更などで提出書類に複数の氏名表記がある場合は、住民票の写しにあわせて戸籍抄本または戸籍記載事項証明のいずれかを提出してください。

2 添付資料

(0) 労災支給決定等情報提供サービス

通知書のコピー

原則不要

※前回の給付金等の認定後に労災支給決定等情報提供サービスを受けている場合は、提出してください。

(1) 請求者のご本人確認に必要な書類

② 住民票の写し等（請求者の氏名・生年月日・住所を確認できる書類）

原則必要

※労災支給決定等情報提供サービスの申請者や、前回の給付金請求者と同一の者・同一の住所である場合は不要です。

●原則

住民票の写し（住民票記載事項証明書）を提出してください。

※戸籍を提出する場合も提出してください。

※その他注意事項は10ページの「住民票の写し」に記載の内容と同じです。

●請求者が外国人の場合で住民票の写しが用意できない場合

旅券、その他の身分を証明する書類の写しを提出してください。

(2) 請求者が被災者の遺族である場合に必要書類

③ 戸籍謄本等

原則必要

※労災支給決定等情報提供サービスの申請時に提出されている資料で、請求者が最先順位の遺族であることが確認できる場合は不要です。

請求者と被災者との身分関係（続柄）や、請求者以外に給付金を受け取ることができる遺族の有無を確認するため、12ページの表に記載している事項が確認できる

戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本、戸籍（除籍）全部事項証明書や住民票の写しを提出してください。

※戸籍謄本等は、役所から交付されたものをご提出ください。

（コピーは不可。請求前の3か月以内に作成されたものに限り。）

※請求者と被災者の身分関係や結婚等で新たに戸籍が編製されている場合等は、複数の上記資料を照らし合わせることが必要な場合もあります。

請求者の続柄	必要となる戸籍謄本等の内容
①配偶者	・ 請求者が、被災者の死亡の時点で配偶者であったこと
②子	・ 被災者に存命の配偶者がいないこと ・ 請求者が、被災者の子であること
③父母	・ 被災者に存命の配偶者・存命の子がいないこと ・ 請求者が、被災者の父母であること ※被災者の出生から死亡までのすべての戸籍謄本は必須
④孫	・ 被災者に存命の配偶者・存命の子・存命の父母がいないこと ・ 請求者が、被災者の孫であること ※被災者の出生から死亡までのすべての戸籍謄本は必須
⑤祖父母	・ 被災者に存命の配偶者・存命の子・存命の父母・存命の孫がいないこと ・ 請求者が、被災者の祖父母であること ※被災者および被災者の子の出生から死亡までのすべての戸籍謄本は必須
⑥兄弟姉妹	・ 被災者に存命の配偶者・存命の子・存命の父母・存命の孫・存命の祖父母がいないこと ・ 請求者が、被災者の兄弟姉妹であること ※被災者および被災者の子の出生から死亡までのすべての戸籍謄本は必須

④ 死亡届の記載事項証明書（死亡の事実や死亡の原因が確認できる書類）

原則必要

※被災者に関する労災保険の遺族補償給付、石綿救済法の救済給付（救済給付調整金、特別遺族弔慰金、特別葬祭料に限る）、特別遺族給付金の支給決定や認定を受けている場合は不要です。

被災者に関する死亡診断書・死体検案書・検視調書のいずれかの記載事項についての、市町村長（または法務局）の証明書を提出してください。

※6ページの「請求する区分」で⑥または⑦を選んだ場合は、被災者が、請求に関す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ものである必要があります。

⑤ 請求者が事実婚の場合はそれを証明する書類

原則不要

※請求者が被災者の事実上の配偶者であり、かつ、労災支給決定等情報提供サービスの申請者と同一でない場合は必要です。

住民票（続柄に「妻（未婚）」等と表示されているもの）、民生委員発行の事実婚証明書などの、請求者が被災者と事実上の婚姻関係にあったことが確認できる資料を提出してください。

(3) 被災者に、労災保険給付や石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定、石綿救済法の救済給付の認定・不認定またはじん肺管理区分決定がある場合に必要な書類

⑥ 支給決定等を受けた事実が分かる資料

原則不要

※以下の場合は提出が必要です。

前回の給付金等の認定後に、以下の表の左欄の決定や認定等がある場合は、右欄の資料など、支給決定等を受けた事実が分かる資料を提出してください。

(これらの通知書がない場合は、これらを添付せずに請求いただいてもかまいませんが、必要に応じて追加提出をお願いする場合があります。)

前回の給付金等の認定後に受けた決定や認定	支給決定等を受けた事実が分かる資料の例
労災保険給付や石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定	支給決定通知書・不支給決定通知書
石綿救済法の救済給付に関する認定・不認定	認定等の結果通知書 (<u>疾病名が記載されているもの</u>)
じん肺法の管理区分決定	じん肺管理区分決定通知書

(4) 請求する区分の石綿関連疾病に罹患していることを証明する資料

原則必要

※以下の場合には不要です。

● 請求する区分の疾病が、以下の表の左欄の決定や認定等と同様の場合

決定や認定	石綿関連疾病に罹患していることを証明する資料
労災保険給付や石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定	支給決定通知書・不支給決定通知書
石綿救済法の救済給付に関する認定・不認定	認定等の結果通知書

● 請求する区分の疾病が、前回の給付金等の認定後に受けた、労災支給決定等情報提供サービスの通知書の記載と同様の場合

※これらに当てはまる場合は、13ページの(3)のとおり、その支給決定等を受けた事実が分かる資料や、労災支給決定等情報提供サービスの通知書等を提出していただく必要があります。

⑦ 石綿関連疾病への罹患が分かる資料

以下の「診断（意見）書」を提出してください。

（医師の診断（意見）書は、原則、石綿関連疾患と診断された医療機関、それが難しければ現在療養中の医療機関で発行してもらってください。）

- ・ [中皮腫用] …- 様式 1
- ・ [肺がん用] …- 様式 2
- ・ [石綿肺用] …- 様式 3
- ・ [著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚] …- 様式 4
- ・ [良性石綿胸水用] …- 様式 5

⑦-2～5 診断の根拠となる資料

以下の資料を提出してください。

番号	疾病	提出する資料
⑦-2	罹患した疾病に関わらず必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> ・エックス線画像、CT画像 ・石綿計測結果報告書や診療録の写し、その他検査結果報告書（検査を行っていない場合は不要です）
⑦-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> ・病理組織診断報告書、細胞診断報告書（どちらか1つの報告書は必ず提出してください。） ・可能な限り以下の標本も提出してください。 病理組織診断報告書の場合：HE染色標本 細胞診断報告書の場合：パパニコロウ染色標本
⑦-4	石綿肺・びまん性胸膜肥厚に罹患している場合に必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸機能検査結果報告書
⑦-5	良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> ・胸水の検査結果（性状、浸出液か漏出液かの鑑別のための検査を含む生化学的検査、細胞診を含む細胞学的検査、細菌学的検査、CEA、CYFRA、ADA、ヒアルロン酸値等）および胸水貯留をきたす他の疾病の有無を示す医証（既往歴・現病歴、リウマチ因子等の検査結果等）

(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類

⑧ 前回の給付金の認定内容等がわかる資料

前回の建設アスベスト給付金の支給に関する認定時の、認定決定通知書の写しを添付してください。

(6) 企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合に 必要な資料

原則不要

※前回の給付金等の認定後に、企業等から損害賠償金や和解金などを受け取っている場合は必要です。

⑨ 企業等からの受領金額の分かる資料

判決内容の分かる書類や、和解に関する合意書などを提出してください。
併せて、受領年月日が分かる資料（通帳の写し、受領書等）を提出してください。

(7) その他の必要な資料

⑩ 振り込みを希望する金融口座の通帳またはキャッシュカードの写し

給付金の振込誤りを防ぐため、提出してください。

※預金種目（普通・当座・貯蓄）が分かる箇所を複写してください。キャッシュカードの場合は、余白に追記してください。

※振り込みを希望する金融口座は、請求者本人の口座をご指定ください。

⑪ 資料の日本語訳

原則不要

※日本語以外で作成された資料がある場合には必要です。

日本語以外で作成された資料がある場合には、必ず提出してください。

お問い合わせ先

労災保険相談ダイヤル

0570-006031

月曜日～金曜日 8:30～17:15

(土・日・祝日・年末年始はお休みします)

※ご利用の際は、通話料がかかります。IP電話など、一部の電話からはご利用になれません。

※労災支給決定等情報提供サービスや、労災保険一般に関するご相談も受け付けています。