

建設アスベスト給付金

請求の手引き②

「労災支給決定等情報提供サービスをご利用でない方へ」

＜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に基づく建設アスベスト給付金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（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。
- 労災保険の支給決定等を受けた後であれば、「労災支給決定等情報提供サービス」をご利用いただくことにより、ご提出に必要な書類を大幅に省略できるとともに、本給付金等の認定審査を迅速に行うことができる場合がありますので、本給付金等の請求に先んじて労災保険給付の請求をご検討ください。
- 建設アスベスト給付金制度、労災支給決定等情報提供サービスの詳細については、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」
 - ・パンフレット「労災支給決定等情報提供サービスをご活用ください」
 - ・厚生労働省ホームページ（建設アスベスト給付金制度について）

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



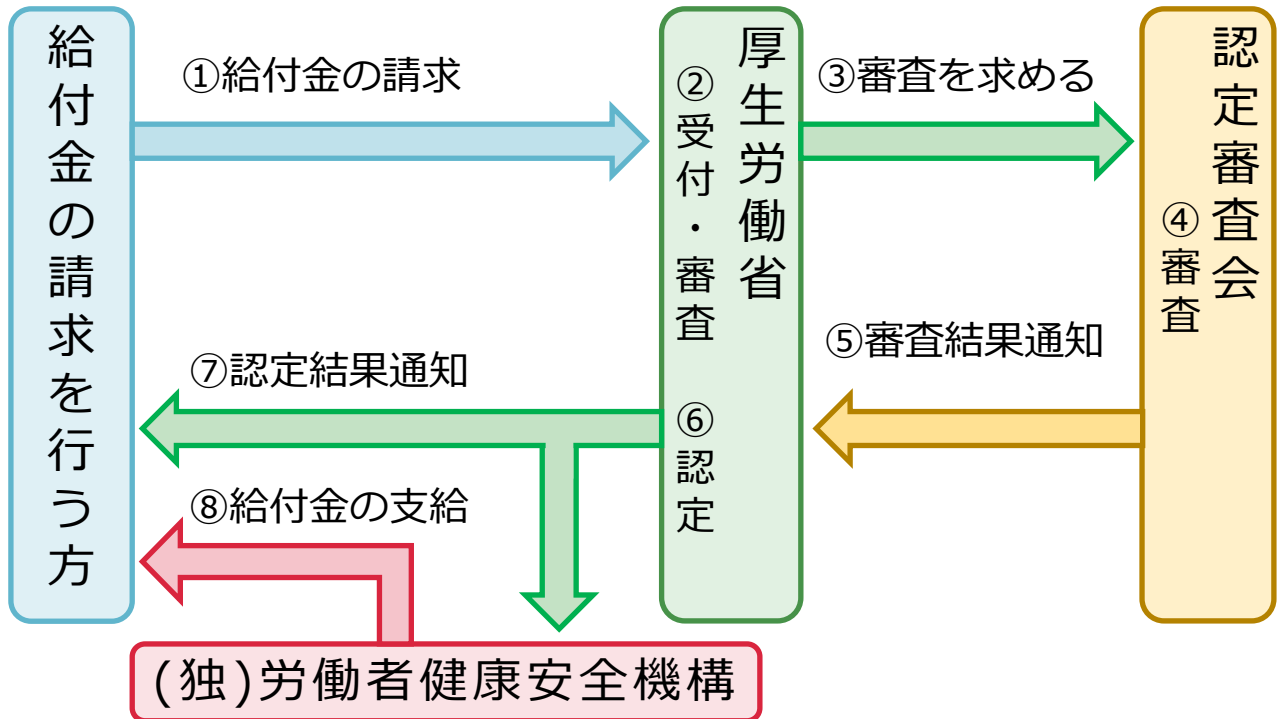
- 目 次 -

I 給付金の請求について	1
1 給付金制度のしくみ.....	1
2 給付金の請求の手続き.....	1
II 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.....	13
（1）請求者のご本人確認に必要な書類.....	13
（2）請求者が被災者の遺族である場合に必要な書類.....	13
（3）被災者に労災保険の支給・不支給決定等がある場合に必要な書類.....	15
（4）被災者の就業歴および石綿ばく露作業への従事を証明する資料.....	15
（5）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.....	22
（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.....	23
（7）その他の必要な資料.....	23

I 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。（表紙の<この手引きの利用にあたって>参照）

2 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 給付金の請求に必要な書類

給付金の請求に必要な書類は、次のとおりです。

※労災支給決定等情報提供サービスを受けている場合や、追加給付金の請求の場合は、

- パンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引き<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き<追加給付金を請求される方へ>」
をご覧ください。

チェック

番号	書類の種類	提出の要否	☐欄
1 基礎資料			
①	請求書 (→4～7ページ)	必須 (記載例は該当するページをご覧ください)	<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 (→12ページ)	原則不要 ※任意代理人や法定代理人が請求を行う場合は必要です。 ※代理人または請求人以外の方を連絡先に指定することはできません。 ※弁護士法第72条に抵触しない範囲に限ります。	<input type="checkbox"/>
①-3	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 (→13ページ)	必須 ※金融機関名、支店名、口座番号、預金種目、口座人名義が分かるもの	<input type="checkbox"/>
2 添付資料			
(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) (→13ページ)	必須	<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 ※請求者が被災者ご本人である場合は不要です。			
③	戸籍謄本等 (→13ページ)	必須	<input type="checkbox"/>
③-2	請求者と被災者が事実婚であることを証明する書類 (→13ページ)	原則不要 ※請求者が被災者と事実上の配偶者である場合は必要です。	<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) (→14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
(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			
⑤	支給決定等を受けた事実が分かる資料 (→15ページ)	原則不要 ※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に関する認定・不認定 ・じん肺法に基づくじん肺管理区分決定	<input type="checkbox"/>
(4) 被災者の就業歴・石綿ばく露作業への従事を証明する資料			
⑥	被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料 (→15ページ)	必須	<input type="checkbox"/>
(5) 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 (→22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	<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"/>
(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			
⑧	企業等からの受領金額の分かる資料 (→23ページ)	原則必要 ※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			
⑨	資料の日本語訳 (→23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（代理人を選任しない場合）

「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」**（通）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		（通）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①（通常請求用）			
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給付金の支給を請求します。			
記入日		令和5年4月1日	請求者氏名 厚生 太郎
1. 請求者の情報			
フリガナ	コウセイ タロウ	生年月日	
請求者氏名	厚生 太郎	（明治・大正 昭和 平成・令和） 18年12月31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		
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（3253）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	請求者と被災者との続柄	請求者より先順位の遺族の有無	
		<input 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）	平成30年8月17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

（次のページにお進み下さい）

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**の氏名・生年月日・住所（または居所）を記入してください。
- ・なお、**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、その**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」の場合は、労災支給決定等情報提供サービスのご利用をお勧めします。（過去の就業先関係の書類、労災保険等の支給に関する通知等を探していただかなくても、建設アスベスト給付金の請求に必要な情報を簡単に把握し、請求書の記載に利用することや、一部の書類の提出を省略することができます。詳細はパンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引き「労災支給決定等情報提供サービスをご利用の方へ」」をご覧ください。）

「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」は和暦（平成・令和）で記載してください。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」は和暦（平成・令和）で記載してください。不明であれば記入不要です。）

1 基礎資料

① 請求書（任意／法定代理人を選任する場合）

「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」(通-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 (通) - 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①(通常請求用)

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給付金の支給を請求します。

記入日 令和5年4月1日

請求者氏名 任意代理人 厚生太郎 厚生一郎

1. 請求者の情報

フリガナ	コウセイ タロウ	生年月日
請求者氏名	厚生 太郎 (代理人氏名 厚生 一郎)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 43年 5月 20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ヤ	
請求者住所又は居所	〒100-8916 (代理人住所 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○ 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館 ○丁目○番地○号) 電話番号 03 (3253) 1111 代理人電話番号 ○○○-○○○○-○○○	

※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	請求者と被災者との続柄	請求者より先順位の遺族の有無 <input 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)	平成30年 8月 17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

- ・任意代理人の氏名は代理人（受託者）、被代理人（委託者）を分けて記入してください。
- ・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。

・請求者が法定代理人／任意代理人を選任している場合は、請求者の氏名・生年月日・住所（または居所）・電話番号を記入いただくと共に、（）書きで代理人の氏名・住所（または居所）・電話番号を記入してください。

- ・なお、**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、その〇の**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」の場合は、労災支給決定等情報提供サービスのご利用をお勧めします。（過去の就業先関係の書類、労災保険等の支給に関する通知等を探していただかなくても、建設アスベスト給付金の請求に必要な情報を簡単に把握し、請求書の記載に利用することや、一部の書類の提出を省略することができます。詳細はパンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引き「労災支給決定等情報提供サービスをご利用の方へ」」をご覧ください。）

「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

(通) - 様式 1 - 2

請求する区分		※以下の①～⑦から該当するものを記載	
【 ⑤ 】			
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 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 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 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			
(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)	年	月 日
			備考 (請求期限) ※記載不要
(請求する区分が①～⑤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)	29年	4月 26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
(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。

①～⑦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
に限り、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）

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**①～⑤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。**

※ じん肺管理区分の決定はじん肺管理区分決定申請に基づき、都道府県労働局が行っており、決定がある場合は通知書が交付されます。

・「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

(通) - 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 ※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。	支払者の商号、名称又は氏名	(株) ■ ■ 建築	受領額 1210万円
	受領した者の氏名	厚生 太郎	被災者との続柄 本人
	受領日	平成30年 10月 7日	
	(受領額の内訳※内訳がある場合記載して下さい。)		
元本	916万6667円	遅延損害金	201万6666円
		弁護士費用その他	91万6667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	ロウト、ウアンゼ、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	0 1 2 3 4 5 6	預金種目 普通 当座 貯蓄
フリガナ	コウセイ タロウ	
口座名義	厚生 太郎	

※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 22. 1. 18 作成 事務代理者	氏名 社会保険労務士 (東京都社会保険労務士会) 社労士 太郎	電話番号 (03) 1234-5678
--------------------	--	---------------------------------------	------------------------

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。

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。

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。

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。

※請求する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。金融機関コードは4桁、支店コードは3桁です。

【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・代理人弁護士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・代理人弁護士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××」「〇〇弁護士△△預り口」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、通帳どおりに記載してください。また、振り込み事故防止のため、**通帳等記載のカナ表記**で記入してください。

※氏名のフリガナと通帳等名義人のフリガナが異なっている場合もあるので、ご注意ください。

「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を行う場合は必要です。
※代理人または請求人以外の方を連絡先に指定することはできません。

任意代理人や法定代理人が請求を行う場合、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。委任状の記載例については、24ページを参照してください。

【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）

- ・ 請求者本人の署名または記名・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。

※住民票の写しは個人番号（マイナンバー）の記載が**ないもの**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。

①-3 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

必須

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、余白に預金種目を追記してください。

2 添付資料

（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

請求者の住民票の写し（住民票記載事項証明書）を提出してください。

※住民票の写しは個人番号（マイナンバー）の記載がないもの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12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〈該当者のみ〉

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、**14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が必要な場合もあります。

③-2 請求者と被災者が事実婚であることを証明する書類

●原則不要

請求者が、被災者の事実上の配偶者である場合は必要です。

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。

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 ※被災者および配偶者から孫まで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 ※被災者および配偶者から祖父母まで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。

※8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。

(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

⑤ 支給決定等を受けた事実が分かる資料〈該当者のみ〉

原則必要

- ・労災保険給付や石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定に関する「支給決定通知書」
- ・石綿救済法の救済給付に関する「認定等の結果通知」（疾病名が記載されているもの）
- ・じん肺法に基づく「じん肺管理区分決定通知書」

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。）

(4) 被災者の就業歴・石綿ばく露作業への従事を証明する資料

⑥ 被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料

必須

- ・就業歴等申告書 (通)様式3と続紙)
- ・別紙 (通)様式3別紙)

請求者がその就業歴等について、上記書類を記入し、提出してください。（記入要領は、16ページ以降にあります。）

また、(通)様式3別紙に証明が受けられない場合であっても、被災者の就業歴の詳細について確認する必要があるため、必ず記入の上提出してください。

加えて、建設業務に関する就業歴・石綿ばく露の作業歴を証明する参考資料として、就業歴等に中小事業主等・一人親方等の期間がある場合には、その事実が確認できる資料（特別加入承認通知書、労働者名簿等）があれば提出してください。

その他、参考となる資料の例は、25ページを参照してください。

●就業歴等申告書（通一様式3）の記載例

以下の例を参考に、必要事項（赤字部分）を黒字で記載してください。
（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。）

(通一様式3)

就業歴等申告書（通常請求用）

就業歴（石綿ばく露作業従事期間がないものも含む）について記載して下さい。

フリガナ	コウセイ タロウ	生年月日	昭和18年 12月 31日	
被災者氏名	厚生 太郎	罹患した疾病名	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	

1枚目 / 2枚中

番号	事業場名	全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間		吹付作業 作業 ※	屋内作業 作業 ※
1	(有)●●製紙	昭和38年 4月	昭和48年 8月	昭和40年 4月	昭和42年 4月	2年 0ヶ月	○
2	(有)●●運送	昭和48年 9月	昭和50年 9月	2年 0ヶ月			
3	(株)■●建築	昭和50年 10月	昭和55年 12月	昭和50年 10月	昭和55年 12月	5年 2ヶ月	○
4	(株)◆●建築	昭和56年 3月	昭和64年 1月	昭和56年 3月	昭和64年 1月	7年 10ヶ月	○
5	厚生内装（一人親方）	平成2年 1月	平成8年 7月	平成2年 1月	平成8年 7月	5年 6ヶ月	○
就業期間・石綿ばく露作業従事期間の詳細については（通一様式3別紙）をおり、別紙		4枚		20年 6ヶ月		総紙小計②	

※ 吹付作業、屋内作業に該当する場合には、それぞれの欄に○印等のエックを付けて下さい。

小計①と②の合計

※総紙がない場合は、小計①の値を転記して下さい。

25年 11ヶ月

記載性が不足する場合には、本紙のコピーもしくは総紙に御記載の上、添付して下さい。

短	疾	基
期	病	準
を	名	
ば		
く	がん、石綿肺	10年未満
露	まん性胸膜肥厚	3年未満
	種、良性石綿胸水	1年未満

(厚生労働省使用欄) ※記入不要

①昭和47年10月1日～昭和50年 月30日までの吹付作業期間合計

②昭和50年10月1日～平成16年 月30日までの屋内作業期間合計

①、② 合計

一人親方の場合であって屋号がある場合は「屋号名（一人親方）」と、屋号がない場合は「一人親方」と記入してください。

この様式に記入した、「石綿ばく露作業従事期間」の合計を記入してください。（続紙に記入したものは算入しません。）

被災者のこれまでの就業歴の全て（「石綿ばく露作業従事期間」がないものも含みます。）について、就業していた事業場単位で記入してください。

※この様式に就業歴を記入しきれない場合は様式をもう1枚用いるか、あるいは18ページに記載の「続紙」に記入してください。

「石綿ばく露作業従事期間」のある就業歴は、全て（通一様式3別紙）を作成する必要がありますが（通一→20ページ）、その作成した別紙の枚数を記入してください。

就業した各事業場の「全在籍期間」のうち、石綿ばく露する作業に従事した期間の全てを記入してください。

※給付金を受けるためには、下記の「特定石綿ばく露建設業務」に従事した必要がありますが、これに該当しないものも記入してください。

【特定石綿ばく露建設業務】

石綿にさらされる建設業務（日本国内で行われたものに限ります。）であって、以下の表の業務をいいます。

期間	業務
昭和47年10月1日 ～昭和50年9月30日	石綿の吹付け作業に関する業務
昭和50年10月1日 ～平成16年9月30日	屋内作業場（※）で行われた作業に係る業務

※屋内作業場

屋根があり、側面の面積の半分以上が外壁などに囲まれ、外気が入りにくいことにより、石綿の粉じんが滞留するおそれのある作業場

この様式と続紙に記入し

た、「石綿ばく露作業従事期間」の合計を記入してください（続紙がない場合は、この様式の合計）。従事期間が以下に当てはまる場合は、給付金の**10%が減額**されます。

肺がん、石綿肺	10年未満
著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	3年未満
中皮腫、良性石綿胸水	1年未満

各事業場で被災者が行った作業に、「石綿吹付け作業に係る建設業務」「一定の屋内作業で行われた作業に係る建設業務」が含まれている場合は、それぞれ「吹付け作業」「屋内作業」の欄に○を記入してください。

●就業歴等申告書 (通一様式3 続紙) の記載例

以下の例を参考に、必要事項（赤字部分）を黒字で記載してください。
 (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。)

(通一様式3 続紙)

就 業 歴 等 申 告 書 (通常請求用・続紙)

就業歴 (石綿ばく露作業従事期間がないものも含む) について記載して下さい。

フリガナ	コウセイ タロウ	生年月日	昭和18年 12月 31日		疾病名		
被災者氏名	厚生 太郎		昭和18年 12月 31日		<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	2 枚目 / 2 枚中	

番号	事業場名	全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間		吹付 作業 作業 (※)	屋内 作業 作業 (※)
6	(株)※土建	平成 8 年 8 月	平成 15 年 9 月	7 年 1 月	平成 14 年 1 月	5 年 5 月	5 年 5 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
小計 5 年 5 ヶ月							

(※) 吹付作業、屋内作業に該当する場合には、それぞれの欄に○印等のチェックを付けて下さい。

小計①との合計を1枚目の

小計①と②の合計欄に記入して下さい。

16ページの様式からの通し番号を記入してください。

続紙に記入した、「石綿ばく露作業従事期間」の合計を記入してください。
(16ページの様式に記入したものは算入しません)

就業歴等申告書の本紙と同様の要領(16～17ページ)を参考に記入してください。

●就業歴等申告書（通一様式3別紙）の記載例

以下の例を参考に、必要事項（赤字部分）を黒字で記載してください。

※「石綿ばく露作業従事期間」のある就業歴は、**全て本様式を作成する必要があります。**

※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。

（通一様式3別紙）

就業歴の詳細について記載し、記載内容については（元）同僚などから証明を受けて下さい。

※石綿ばく露作業従事期間がない就業歴については、本別紙の記載は不要です。

就業歴番号	5			
事業場名・所在地 事業概要・雇用等形態	全在籍期間	石綿ばく露作業 従事期間	石綿ばく露作業の 職種・種類・頻度	石綿ばく露の状況 (作業の具体的内容・取扱建材等)
厚生内装（一人親方） (所在地) 東京都千代田区霞が関●●●●●● (事業概要) 内装工事業 (雇用等形態) <input checked="" type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> その他	平成2年1月 ~平成8年7月 年 (5年6ヶ月間)	平成2年1月 ~平成8年7月 年 (5年6ヶ月間)	職種 大工 種類 下記のア～キから選択。力及びキの場合は具体的な内容を備考欄に記載。 頻度 1週間程度の作業を年に12現場程度	どのような作業（下記「石綿ばく露作業の種類」を参照）を、どこ（建設現場内の作業箇所（屋内、屋外）で、どのような建築材料等（専用のスレート材など）を用いて行っていた際に、どのような状況（石綿材を切断した際に飛散した粉じんを吸ったなど）で石綿にばく露したかを具体的に記載して下さい。 個人向け建物の改築工事等を行う事業を行っており、当該事業の改築工事では耐火被覆のために天井に吹き付けられたアスベスト（●●社製「製品名」、●●社製「製品名」等）を手工具を用いて剥がす作業を屋内の脚立上で行うことが一連の作業の中に含まれており、当該作業を行った際に天井から剥がれて飛散するアスベストにばく露した。

※屋根を有し、周囲の半分以上が外壁で、外気の流入が妨げられず、石綿粉じんが滞留するおそれがある、屋内と評価しうるものは屋内と見なします。

（石綿ばく露作業の種類）
 ア 石綿の吹付け作業
 イ 石綿が使用されている保温剤、耐火被覆材等の取付け、補修若しくは除去の作業
 エ 石綿製品が被覆材又は建材として用いられている（石綿が吹き付けられたものを除く）建築物、工作物の補修又は解体、破砕等の作業
 オ 石綿が吹き付けられた建築物、工作物の補修又は解体、破砕等の作業
 キ その他の作業

（証明者欄）

上記のとおり相違ありません。

証明者 被証明者との関係
 住 所在
 電話 番号
 役 職・氏名

事業主・同僚・その他
 東京都千代田区霞が関●●●●●●
 03-●●●●●●-●●●●●●
 代表取締役 厚労 四郎

令和 4年 1月 25日
 元請の事業主

※証明者欄について事業主等からの協力が得られなかった場合は、証明者欄の姓・氏名欄に「事業主等からの協力が得られなかった旨及びその理由（事業主等と連絡がとれない等）」を記入して提出して下さい。

「石綿ばく露作業従事期間」のある就業歴等に関する事業場やその所在地、事業概要（鉄骨造家屋建築工事業、解体工事業、内装工事業など）を記入してください。また、「雇用等形態」のいずれかに☑をしてください。

左欄に記入した事業場における被災者の職種を記入してください。（職種の記載例）
大工、左官、内装工、塗装工、吹付工、解体工、ダクト工、配管設備工、現場監督

可能な限り、事業主や同僚などから証明を受けてください。なお、事業主等から証明を受けることが困難である場合は、この様式下部の「※」のとおり、その理由等の必要な事項を記入してください。
※厚生労働省から事業主等に連絡をさせていただけ場合があります。

枠内上部に記載のとおり、

- ・ **どのような石綿ばく露作業**（欄外下部ア～キ）を行っていたか
 - ・ その石綿ばく露作業を **どこで**行っていたか
 - ・ **どのような（石綿を含む）建材**を用いていたか
 - ・ **どのような状況で石綿にばく露**したか
- について可能な限り詳細に記入してください。

就業歴等申告書（通一様式3）（16ページ）や続紙（通一様式3続紙）（18ページ）の「全在籍期間」「石綿ばく露作業従事期間」と同じ内容を記入してください。

上欄の「種類」で選択した作業に従事した頻度を記入してください（記載例）
・ 2時間程度の作業を月〇～〇回
・ 1日の作業を年〇回程度

当該作業が、昭和47年10月1日～昭和50年9月30日の間にあるか、昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの間にあるかを問わず、①②のいずれについても、該当するものに○を付けてください。

(5) 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

※請求する区分の疾病が、以下と同様の場合には不要です。

- ・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

(これらがある場合は、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、それが難しく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]…**共**—様式1
- ・[肺がん用]…**共**—様式2
- ・[石綿肺用]…**共**—様式3
- ・[著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚]…**共**—様式4
- ・[良性石綿胸水用]…**共**—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)

(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

⑧ 企業等からの受領金額が分かる資料

原則必要

※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は必要です。

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

⑨ 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。

参考様式

記載例

委任状

※委任を受ける方の名前と

ご住所をご記載ください

代理人（受任者）

氏名 厚生 一郎

住所 東京都千代田区霞が関・・・

請求者本人（委任者）と代理人（受任者）との関係

 親 子

私は、上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

委任事項

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

以上

令和5年4月1日

請求人本人（委任者）

※本来の請求者の方が、署名または記名押印をしてください

住所 東京都千代田区霞が関・・・

氏名 厚生 太郎 印

建設アスベスト給付金の支給を請求する際に特にお願いしたいこと

～ 請求書提出前の3つのチェックポイント ～

給付金の支給を請求する際には、施行規則第5条第1項に定める事項を記載した請求書及び第2項に定める請求書に添付すべき資料を提出していただく必要があります（詳細は「建設アスベスト給付金請求の手引き②」をご覧ください）。

中でも、以下の3点は、認定審査にあたって特に重要なポイントになりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

ポイント1

石綿関連疾病に罹患したことを証明することができる資料を提出してください。

請求に係る疾病にかかったことを証明する医師の診断書その他の資料の添付が必要です。例えば以下のような資料が証明に役立ちますので、提出をお願いします（所定の診断書様式をご活用ください）。

<共通> 医師の診断（意見）書 診断の根拠となるエックス線画像、CT画像、
その他診断のために実施された検査報告書

<中皮腫> 病理組織診断報告書又は細胞診断報告書 その他組織標本

<石綿肺及びびまん性胸膜肥厚> 呼吸機能検査結果報告書

<良性石綿胸水> 胸水の検査結果 胸水貯留をきたす他の疾病の有無を示す医証

※ 労災保険給付又は石綿救済法の救済給付を受けている方は決定通知書等の写しを提出いただくことにより、医証の添付を省略できます。

ポイント2

建設業務に関する就業歴・石綿ばく露作業歴を証明する書類を提出してください。

被災者の方が特定石綿被害建設業務に従事する労働者等に該当することを明らかにする書類の添付が必要です。例えば以下のような資料が証明に役立ちますので、提出をお願いします。

<具体例>

(被災者・同僚等証明者の)被保険者記録照会回答票、雇用保険加入記録

建設工事の契約書・注文書・発注書・領収書等 (在籍企業・取引先企業の)法人登記簿

(屋号の記載がある)確定申告書・開廃業届 労災保険の特別加入に係る記録

(建設の業務に関わる)免許・資格証・表彰状

出面表・施工体系図・作業日報・作業指示書・作業報告書等

建設業許可申請(控)・(許可申請添付の)工事経歴書・施工した現場の設計図書等

被災者の勤務状況を示す日誌等 被災者の作業状況を示す写真等

ポイント3

就業歴等申告書（通－様式3及び続紙）の（証明者欄）を可能な限り記載してください。

石綿にさらされる業務に従事した事業場名、所在地、期間を具体的に記載し、その内容を証明することができる資料の添付が必要です。就業歴等申告書の様式を活用して、可能な限り事業主、同僚、発注者等の関係者から証明を受け、（証明者欄）に記載をお願いします。

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。