

基 発 0119 第 1 号
令和 4 年 1 月 19 日
改正 基 発 0829 第 1 号
令和 6 年 8 月 29 日
改正 基 発 0212 第 1 号
令和 8 年 2 月 12 日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等支給要領について

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）については、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の施行期日を定める政令（令和 4 年政令第 20 号）が令和 4 年 1 月 18 日に公布され、本日施行されたところである。

ついては、当該給付金等の支給に関し、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等支給要領を下記のとおり定めたので、御了知されたい。

また、石綿による疾病に関し労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る保険給付の支給決定を受けた建設業務労働者等であって、本制度の支給の対象となる可能性がある者等に対し、必要な周知を図られたい。

記

第 1 趣旨

- 石綿にさらされる建設業務に従事した労働者等が、石綿を吸入することにより発生する中皮腫その他の疾病にかかり精神上的苦痛を受けたことに係る最高裁判決（令和 3 年 5 月 17 日第 1 小法廷判決）等において、国が労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づく権限を行使しなかったことの責任が認められた。
- これに鑑み、これらの判決において国の責任が認められた者と同様の苦痛を受けている方々について、その損害の迅速な賠償を図るため、第 204 回通常国会において、「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「法」という。)」が成立し、国は、本法の定めるところにより、同法第 3 条第 1 項に規定する給付金又は同法第 9 条第 1 項に規定する追加給付金（以下「給付金等」という。）を支給することとされた。

- 給付金等の支給については、法令に定めるほか、この要領の定めるところによる。

第 2 給付金等支給制度の概要

- 特定石綿被害建設業務労働者等（特定石綿被害建設業務労働者等が死亡したときは、その遺族）は、国に対し、給付金等の支給を請求することができる。
- 厚生労働大臣は、請求を受けたときは、特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（以下「認定審査会」という。）に通知し、①特定石綿ばく露建設業務に従事した期間、②罹患した石綿関連疾病の種類、③特定石綿ばく露建設業務に従事したことと石綿関連疾病にかかったこととの関係、④喫煙の習慣の有無について審査を求め、認定審査会の審査の結果に基づき、給付金等の支給を受ける権利の認定を行う。
- 厚生労働大臣は、請求者に対して認定又は不認定の通知を行う。認定を受けた請求者に対しては、国から給付金等の支払事務を委託された独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」という。）から給付金等の支払がなされる。
- なお、給付金等の迅速かつ簡便な支給を図るため、過去に石綿関連疾病の労災保険給付・石綿による健康被害の救済に関する法律（平成 18 年法律第 4 号。以下「石綿救済法」という。）の特別遺族給付金の支給を受けたことがある者に対する労災支給決定等情報提供サービスが設けられている。

第 3 定義

本要領における用語の定義は以下のとおりとする。

1 特定石綿ばく露建設業務（法第 2 条第 1 項関係）

- (1) 「特定石綿ばく露建設業務」は、日本国内において行われた石綿にさらされる建設業務（土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊若しくは解体の作業若しくはこれらの作業の準備の作業に係る業務又はこれに付随する業務をいう。）のうち、以下のいずれかに該当するものをいう。

ア 昭和 47 年 10 月 1 日から昭和 50 年 9 月 30 日までの間において行われた石綿の吹付けの作業に係る業務

イ 昭和 50 年 10 月 1 日から平成 16 年 9 月 30 日までの間において屋内作業場であって厚生労働省令で定めるものにおいて行われた作業に係る業務

- (2) 「屋内作業場」とは、屋根を有し、側面の面積の半分以上が外壁その他の遮蔽物に囲まれ、外気の流入が妨げられることにより、石綿の粉じんが滞留するおそ

れがあるものをいう。(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施行規則(令和3年厚生労働省令第187号。以下「則」という。)第1条関係)

2 石綿関連疾病(法第2条第2項関係)

「石綿関連疾病」とは、石綿を吸入することにより発生する次に掲げる疾病をいう。

- (1) 中皮腫
- (2) 気管支又は肺の悪性新生物(以下「肺がん」という。)
- (3) 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚
- (4) 石綿肺(じん肺法(昭和35年法律第30号)第4条第2項に規定するじん肺管理区分(以下単に「じん肺管理区分」という。))が管理2、管理3若しくは管理4である者又はこれに相当する者に係るものに限る。以下同じ。)
- (5) 良性石綿胸水

3 特定石綿被害建設業務労働者等(法第2条第3項関係)

「特定石綿被害建設業務労働者等」とは、次の(1)から(4)までのいずれかに該当する者(以下「労働者等」という。))であって特定石綿ばく露建設業務に従事することにより石綿関連疾病にかかったものをいう。

(1) 労働者

労働基準法(昭和22年法律第49号)第9条に規定する労働者をいう。ただし、同居の親族のみを使用する事業又は事務所に使用される者及び家事使用人を除く。

(2) 中小事業主

当該事業主が特定石綿ばく露建設業務に従事していた当時において施行されていた労働者災害補償保険法施行規則(昭和30年労働省令第22号)第46条の16で定める数以下の労働者(常用雇用労働者)を使用していた事業主をいう。

当時の同条で定める中小事業主の範囲については、表1のとおりである。(則第2条関係)

【表1】

主たる事業 時期	金融業・保険業・ 不動産業・小売業	サービス業	卸売業	左記以外
S40.11.1 ～S48.10.14	50人以下	50人以下	50人以下	300人以下
S48.10.15 ～H11.12.2	50人以下	50人以下	100人以下	300人以下
H11.12.3 ～現在	50人以下	100人以下	100人以下	300人以下

- (3) 一人親方
労働者を使用しないで事業を行うことを常態とする者をいう。
- (4) 家族従事者等
以下の①、②をいう。
 - ① 中小事業主が行う事業に従事する家族従事者等
中小事業主が行う事業に従事する家族従事者等（労働者を除く。）をいい、
具体的には、家族従事者や、中小事業主が法人その他の団体であった場合に
おける代表者以外の役員が該当する。
 - ② 一人親方が行う事業に従事する家族従事者等
一人親方が行う事業に従事する家族従事者等（労働者を除く。）をいい、
具体的には家族従事者などが該当する。

4 遺族

特定石綿被害建設業務労働者等が死亡した場合におけるその者の遺族をいい、給付金等の請求を行うこと及び支給を受けることができる遺族の範囲は、以下のとおりとする。

- (1) 配偶者（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を含む。以下同じ。）
- (2) 子
- (3) 父母
- (4) 孫
- (5) 祖父母
- (6) 兄弟姉妹

なお、給付金等の支給を受けることができる遺族の順位は、上記に記載する順序によるものとする。

5 請求者

給付金等の支給を受けようとして請求を行う者をいう。

第4 給付金等の支給対象者（法第3条、第9条関係）

給付金等の支給を請求することができる者は、以下のいずれかに該当するものとする。

- 1 特定石綿被害建設業務労働者等
- 2 特定石綿被害建設業務労働者等が死亡したときは、その者の遺族

第5 支給要件

I 給付金

給付金は、請求者の請求に基づき、当該請求が次の1から3までの要件のいずれにも該当し、請求者が給付金の支給を受ける権利があると厚生労働大臣が認定した場合に支給する。

1 被災者が次の(1)から(3)までのいずれにも該当すること

- (1) 特定石綿ばく露建設業務に従事していたこと
- (2) 特定石綿ばく露建設業務に従事した期間において、第3の3(1)から(4)までのいずれかに該当すること
- (3) 特定石綿ばく露建設業務に従事したことにより、次のいずれかの石綿関連疾病にかかったこと

ア 中皮腫

次の(ア)及び(イ)のいずれにも該当すること。

(ア) 特定石綿ばく露建設業務に従事した労働者等に発症した胸膜、腹膜、心膜若しくは精巣鞘膜の中皮腫又は胸膜、腹膜、心膜若しくは精巣鞘膜以外の中皮腫であって認定審査会が認めたものであって、次の(a)から(c)までのいずれかに該当するものであること。

(a) 石綿肺の所見が得られていること(じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上であるものに限る。以下同じ。)

(b) 石綿ばく露作業(「石綿による疾病の認定基準について」(平成24年3月29日付け基発0329第2号(以下「平成24年通達」という。))第1の2に掲げる作業をいう。なお、特定石綿ばく露建設業務に係る作業に限らない。以下同じ。)の従事期間が1年以上あること

(c) (a)及び(b)のいずれにも該当しないが、認定審査会が認めたもの

(イ) 最初の石綿ばく露作業を開始したときから10年以上で発症したもの、又は10年未満で発症したもののうち認定審査会が認めたもの(上記(ア)の(a)又は(b)に該当する場合に限る)であること。

イ 肺がん

次の(ア)及び(イ)のいずれにも該当すること。

(ア) 特定石綿ばく露建設業務に従事した労働者等に発症した原発性肺がんであって、次の(a)から(f)までのいずれかに該当するものであること。

(a) 石綿肺の所見が得られていること。

(b) 胸部エックス線検査、胸部CT検査等により、胸膜プラークが認められ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が10年以上あること、又は10年未満のもののうち認定審査会が認めたもの

のであること。ただし、平成 24 年通達第 1 の 2 の（3）の作業に係る従事期間の算定において、平成 8 年以降の従事期間は、実際の従事期間の 1 / 2 とする。

- （c） 次の①から⑥までのいずれかの所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が 1 年以上あること、又は 1 年未満のものうち認定審査会が認めたものであること。

なお、①については、標準的な方法（機構・独立行政法人環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法）により計測されたものを用いること。

- ① 乾燥肺重量 1 g 当たり 5,000 本以上の石綿小体
- ② 乾燥肺重量 1 g 当たり 200 万本以上の石綿繊維（5 μ m 超）
- ③ 乾燥肺重量 1 g 当たり 500 万本以上の石綿繊維（1 μ m 超）
- ④ 気管支肺胞洗浄液 1 ml 中 5 本以上の石綿小体
- ⑤ 肺組織切片中の石綿小体又は石綿繊維
- ⑥ 乾燥肺重量 1 g 当たり 1,000 本以上 5,000 本未満又は気管支肺胞洗浄液 1 ml 中 1 本以上 5 本未満の石綿小体が認められるもののうち認定審査会が認めたもの

- （d） 次の①又は②のいずれかの所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業の従事期間が 1 年以上あること、又は 1 年未満のものうち認定審査会が認めたものであること。

- ① 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部 C T 画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるものであること。

胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の（i）又は（ii）のいずれかに該当する場合をいう。

（i） 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

（ii） 両側側胸壁の第 6 から第 10 肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

- ② 胸部 C T 画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部 C T 画像上、胸膜プラークが最も広範囲に抽出されたスライスで、その広がり胸壁内側の 1 / 4 以上のものであること。

- （e） 石綿ばく露作業のうち、平成 24 年通達第 1 の 2 の（3）のア、イ若しくは（4）のいずれかの作業への従事期間又はそれらを合算した従事期間が 5 年以上あること。（ただし、従事期間の算定において、平成 8 年以降の従事期間は、実際の従事期間

の 1 / 2 とする。これが適用された結果、算定した従事期間が 5 年未満のものうち認定審査会が認めたものであることも含む。）

(f) 下記ウの要件を満たすびまん性胸膜肥厚を発症している者に併発したものであること。

(イ) 最初の石綿ばく露作業を開始したときから 10 年以上で発症したもの、又は 10 年未満で発症したものうち認定審査会が認めたものであること。

ウ 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

特定石綿ばく露建設業務に従事した労働者等に発症したびまん性胸膜肥厚であって、次の (ア) から (ウ) までのいずれの要件にも該当するものであること。

(ア) 胸部 C T 画像上、肥厚の広がり、片側にのみ肥厚がある場合は側胸壁の 1 / 2 以上、両側に肥厚がある場合は側胸壁の 1 / 4 以上あるものであること。

(イ) 著しい呼吸機能障害を伴うこと。

この著しい呼吸機能障害とは、次の①又は②に該当する場合をいうものであること。

なお、びまん性胸膜肥厚について、著しい呼吸機能障害を伴うものであるか否かを判定する際に、「パーセント肺活量 (% V C) 」並びに「1 秒率」、「パーセント 1 秒量」、「動脈血酸素分圧 (P a O₂) 」及び「肺泡気動脈血酸素分圧較差 (A a D O₂) 」(以下「1 秒率等」という。) の各指標を用いる意義は、別紙のとおりであること。

① パーセント肺活量 (% V C) が 60% 未満である場合

② パーセント肺活量 (% V C) が 60% 以上 80% 未満であって、次の (i) 又は (ii) に該当する場合

(i) 1 秒率が 70% 未満であり、かつパーセント 1 秒量が 50% 未満である場合

(ii) 動脈血酸素分圧 (P a O₂) が 60 T o r r 以下である場合
又は肺泡気動脈血酸素分圧較差 (A a D O₂) が別表の限界値を超える場合

(ウ) 石綿ばく露作業への従事期間が 3 年以上あること、又は 3 年未満であって認定審査会が認めたものであること。

エ 石綿肺

特定石綿ばく露建設業務に従事した労働者等に発症した石綿肺であって、じん肺管理区分が管理 2、管理 3 若しくは管理 4 又はこれに相当する石綿肺と認められるものであること。

オ 良性石綿胸水

特定石綿ばく露建設業務に従事した労働者等に発症した良性石綿胸水であって、認定審査会が認めたものであること。

2 請求期限を経過していない請求であること（法第5条第2項関係）

当該請求が、

①請求に係る石綿関連疾病にかかった旨の医師の診断があった日

②請求に係る石綿肺のじん肺管理区分の決定（管理2、管理3又は管理4）があった日

③請求に係る石綿関連疾病により死亡したときはその死亡した日から起算して20年を経過していないものであること。

①から③までの日が複数ある場合、③が含まれる場合は③の日、それ以外の場合は①及び②のうち最も遅い日から起算して20年を経過していない請求であること。

なお、①から③までの日が法の施行日より前の場合であっても、当該日から起算する。

3 請求者が第4（給付金等の支給対象者）の1又は2に該当すること。

II 追加給付金（第9条関係）

追加給付金は、請求者の請求に基づき、次の1から4までの要件のいずれにも該当し、請求者が追加給付金の支給を受ける権利があると厚生労働大臣が認定した場合に支給する。

1 被災者に係る請求に関し給付金が支払われていること。

2 被災者が特定石綿ばく露建設業務に従事したことにより、新たにI 1（3）に掲げる石綿関連疾病（第6の1（1）【表2】の1に該当する者に係るものを除く。）のいずれかに該当することとなったこと又はこれにより死亡したこと。

3 請求期限を経過していない請求であること。

請求期限の考え方は給付金の場合と同様である。なお、「請求に係る石綿関連疾病」は「追加給付金の請求に係る石綿関連疾病」と読み替える。

4 請求者が第4（給付金等の支給対象者）の1又は2に該当すること。

第6 給付金等の額（法第4条関係）

1 給付金の額

給付金の支給額は、（1）の認定区分に応じた給付金の額から、必要に応じて（2）の従事期間、喫煙による減額を行い、（3）の損害賠償等との調整を行った額とする。

（1） 認定区分に応じた給付金の額

表2の認定区分に応じた額とする。

なお、表2のうち「じん肺法所定の合併症」とは、じん肺法施行規則（昭和

35年労働省令第6号) 第1条第1号から第5号までに掲げる肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸のことをいう。

(則第3条関係)

【表2】

1 石綿肺にかかり、じん肺管理区分が管理2又はこれに相当する者でじん肺法所定の合併症のない者	550万円
2 石綿肺にかかり、じん肺管理区分が管理2又はこれに相当する者でじん肺法所定の合併症のある者	700万円
3 石綿肺にかかり、じん肺管理区分が管理3又はこれに相当する者でじん肺法所定の合併症のない者	800万円
4 石綿肺にかかり、じん肺管理区分が管理3又はこれに相当する者でじん肺法所定の合併症のある者	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にかかった者、石綿肺にかかり、じん肺管理区分が管理4又はこれに相当する者、良性石綿胸水にかかった者	1,150万円
6 上記1及び3により死亡した者	1,200万円
7 上記2、4及び5により死亡した者	1,300万円

(2) 従事期間、喫煙による給付金の減額

ア 従事期間による減額

特定石綿被害建設業務労働者等であって、特定石綿ばく露建設業務に従事した期間が、表3の石綿関連疾病に応じて定める期間を下回る場合、当該請求者の給付金の額は、表2に定める額に90/100を乗じた額とする。

【表3】

肺がん又は石綿肺	10年
著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	3年
中皮腫又は良性石綿胸水	1年

イ 喫煙による減額

(ア) 特定石綿被害建設業務労働者等のうち、肺がんにかかった者について、喫煙の習慣を有したものに係る給付金の額は、表2の区分5又は7の額に90/100を乗じた額とする。

(イ) 上記(ア)の従事期間による減額の適用がある場合については、従事期間による減額をした額に90/100を乗じた額とする。

(3) 損害賠償等との調整による減額(法第12条関係)

給付金の支給を受ける権利を有する者に対し、同一の事由について、国から損害の填補がされた場合(法の施行前に、既に国により損害の填補がされてい

る場合を含む。)には、当該者に対する支給額は、その価額を限度として給付金の額を減額する。

また、給付金の支給を受ける権利を有する者に対し、同一の事由について、国以外の者から損害賠償その他これに類するもの（以下「損害賠償金等」という。）により損害の填補がされたときは、当該損害の填補の額と支払われるべき給付金の額から遅延損害金に相当する額を控除した額の合計額が、支払われるべき給付金の額の2倍に相当する額を超える場合（法の施行前に、既に国以外の者により損害の填補がされている場合を含む。）においては、その超える価額を限度として給付金の額を減額する。

なお、給付金の額の計算の結果、円未満の端数が生じた場合は切り捨てる。

2 追加給付金の額（法第10条関係）

(1) 追加給付金の額は、次のとおりとする。

なお、追加給付金の額の計算の結果、円未満の端数が生じた場合は切り捨てる。

ア 初めて追加給付金の支給を受ける場合

表2に定める額から、過去に支給された給付金の額を控除した額

イ 既に追加給付金の支給を受けたことがある場合

表2に定める額から支給された給付金の額及び過去に支給された追加給付金の額の合計額を控除した額

(2) 前回支給を受けた給付金等の支給後に、新たに損害賠償金等により損害の填補がされた場合には、新たな損害賠償金等の額及び表2に定める額から過去に支給された給付金等を控除した額に基づき、1(3)に準じて算定された額とする。

第7 給付金等の請求

1 給付金の請求書の提出

給付金の支給を受けようとする請求者は、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）（㊤－様式1－1、2、3）（別添1）に、以下の(1)から(9)までの書類を添付して、郵送により厚生労働省本省労働基準局労災管理課（以下「労災管理課」という。）に提出しなければならない。

(1) 請求者の本人確認書類

ア 請求者が被災者本人である場合

請求者の住民票の写し（外国人の場合で、住民票の写しが用意できない場合には旅券、その他の身分を証明する書類の写し）

イ 請求者が遺族の場合にあっては、次に掲げる書類

- (ア) 被災者に関して市町村（特別区を含む。以下同じ。）の長（政令指定都市においては、区長又は総合区長とする。以下同じ。）に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
 - (イ) 請求者と被災者との身分関係及び請求者より先順位の遺族がいないことを確認できる戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本若しくは戸籍（除籍）全部事項証明書又は住民票の写し
 - (ウ) 請求者が被災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、その事実を確認できる書類
- (2) 被災者に労災保険給付・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・不認定及びじん肺管理区分決定がある場合にはその旨を確認できる書類
 - (3) 石綿関連疾病（請求する区分の疾病）に罹患していることを確認できる書類（診断（意見）書（㊤一様式1から5）（別添2から別添6）等）
 - (4) 就業歴等申告書（㊤一様式3、続紙、別紙）（別添7）
 - (5) (4)の事実が確認できる書類
 - (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あっては、企業等からの受領金額等及びその内訳を確認できる書類
 - (7) 請求に当たり必要な添付書類を具備していることを示す請求書添付書類等一覧表（通常請求用）（㊤一様式2－1、2、3）（別添8）
 - (8) その他給付金の支給事務に必要な書類
 - (9) (1)から(8)に日本語以外で作成された書類がある場合には、当該書類の日本語訳

2 追加給付金の請求書の提出

追加給付金の支給を受けようとする請求者は、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）（㊤一様式1－1、2、3）（別添9）に、以下の(1)から(8)までの書類を添付して、郵送により労災管理課に提出しなければならない。

(1) 請求者の本人確認書類

ア 請求者が被災者本人である場合

請求者の住民票の写し（外国人の場合で、住民票の写しが用意できない場合には旅券、その他の身分を証明する書類の写し）

イ 請求者が遺族の場合にあっては、次に掲げる書類

- (ア) 被災者に関して市町村の長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類
- (イ) 請求者と被災者との身分関係及び請求者より先順位の遺族がいない

ことを確認できる戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本若しくは戸籍（除籍）全部事項証明書又は住民票の写し

（ウ） 請求者が被災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、その事実が確認できる書類

- （２） 被災者が労災保険給付・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・不認定及びじん肺管理区分決定がある場合にはその旨を確認できる書類
- （３） 石綿関連疾病（請求する区分の病態）に罹患していること等を確認できる書類（診断（意見）書（㊤一様式１から５）（別添２から別添６）等）
- （４） 前回の給付金等の支給認定を受けた以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にあっては、当該企業等からの受領金額等及びその内訳を確認できる書類
- （５） 前回認定された給付金又は追加給付金の認定決定通知書の写し
- （６） 請求に当たり必要な添付書類を具備していることを示す請求書添付書類等一覧表（追加請求用）（㊤一様式２－１、２、３）（別添１０）
- （７） その他給付金等の支給事務に必要な書類
- （８） （１）から（７）までに日本語以外で作成された書類がある場合には、当該書類の日本語訳

３ １の給付金の請求書の提出の特例

給付金の支給を受けようとする請求者が、「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係る情報の提供について」（令和３年１２月１日付け基管発１２０１第１号、基補発１２０１第１号）に基づく労災支給決定等情報提供サービスを利用し、石綿関連疾病の労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定に係る情報（以下「労災支給決定等情報提供サービス提供情報」という。）を得た場合には、１の給付金の請求書の提出に代えて、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②（情報提供サービス利用者用）（㊤一様式１－１、２、３（別添１１）に、以下の（１）から（８）までの書類を添付して、郵送により労災管理課に提出することができる（以下当該請求者を「労災支給決定等情報提供サービス提供情報利用請求者」という。）。

（１） 請求者の本人確認書類

ア 請求者が被災者本人である場合

請求者の住民票の写し（外国人の場合で、住民票の写しが用意できない場合には旅券、その他の身分を証明する書類の写し）（ただし、請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請時と同一の住所である場合は当該書類の提出を省略できる。）

イ 請求者が遺族の場合にあっては、次に掲げる書類

（ア） 被災者に関して市町村の長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは

は検視調書に記載してある事項についての市町村長の証明書又はこれに代わるべき書類

- (イ) 請求者と被災者との身分関係及び請求者より先順位の遺族がいないことを確認できる戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本若しくは戸籍（除籍）全部事項証明書又は住民票の写し（ただし、請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請時に提出された戸籍謄本等により最先順位者であることが確認できる場合は当該書類の提出を省略できる。）
- (ウ) 請求者が被災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、その事実を確認できる書類（ただし、請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請時と同一の者である場合は当該書類の提出を省略できる。）
- (2) 労災支給決定等情報提供サービス提供情報と異なる石綿関連疾病（請求する区分の疾病）に関する給付金等を請求する場合、そのことを確認できる書類（診断（意見）書（㊤－様式1から5）（別添2から別添6）等）
- (3) 労災支給決定等情報提供サービス提供情報と異なる就業歴等の審査を求める場合、そのことを確認できる就業歴等申告書（㊤－様式3、続紙、別紙）（別添7）
- (4) (3)の事実が確認できる書類
- (5) 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あっては、企業等からの受領金額等及びその内訳並びに受領年月日を確認できる書類
- (6) 請求に当たり必要な添付書類を具備していることを示す請求書添付書類等一覧表（情報提供サービス利用者用）（㊤－様式2－1、2、3）（別添12）
- (7) その他給付金の支給事務に必要な書類
- (8) (1)から(7)までに日本語以外で作成された書類がある場合には、当該書類の日本語訳

第8 請求書等の受理

労災管理課は、請求者から請求書等が提出されたときは、次の事項について確認の上受理する。

- 1 請求期限内に提出されていること
- 2 請求書等に所要の事項が記載されていること
- 3 請求書及び必要な添付書類が揃っていること

記載事項に不備等がある場合には、簡易なものは請求者に電話等で確認を行った上で補正する。記載事項に関し重要な部分について不備等があり、補正が必要な場合、又は必要な書類が揃っていない場合には、請求書の不備・不足に係る返戻について（別添13）により、請求者に請求書等の補正を求めるものとする。なお、請求書等の不備・不足に係

る返戻について（別添 13）を発出後、相当期間を経過しても不備・不足等の補正がなされない場合、請求書等の補正について（別添 14）を請求者に送付する。

第9 請求書等の審査（要件に該当することの調査・確認）

労災管理課は、給付金等の請求書等を受理した後、以下の点に留意して、法令やこの要領に定める要件に該当することの調査・確認を行い、第10の認定審査会に審査を求めるものとする。

1 給付金

（1） 請求者及び被災者の本人確認

請求者及び被災者について、本人の特定を行い得る住民票の写し（外国人の場合で、住民票の写しが用意できない場合には旅券、その他の身分を証明する書類の写し。以下「本人確認書類」という。）により確認を行う。

また、提出された本人確認書類等により請求書等の記載内容に誤りがないことを確認する。

（2） 被災者が死亡している場合、請求者が支給対象である遺族であることの確認

請求者が被災者本人ではなく、遺族である場合には、被災者の死亡届の記載事項証明書、請求者と被災者との身分関係を確認できる戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本、戸籍（除籍）全部事項証明書又は住民票の写し等により、①請求者が被災者の遺族に該当すること、②請求権を持つ遺族に該当すること、③先順位の生存する遺族がないことを確認する。

（3） 二重請求の有無の確認

同一の被災者について、過去に同一の原因に基づく給付金等の請求が行われていないことを確認する。

（4） 特定石綿被害建設業務労働者等に該当することの確認等

被災者が特定石綿被害建設業務労働者等に該当することを、ア及びイにより確認する。

ア 被災者が特定石綿ばく露建設業務に従事していたことについて

（ア） 石綿ばく露作業従事期間、作業内容の確認

就業歴等申告書（㊦一様式3、続紙、別紙）（別添7）を元に、厚生年金保険加入記録、事業主証明・事業主の陳述書等、労働者名簿、同僚の陳述書等の提出された資料により、被災者の就業歴を確認し、国の責任期間内（石綿の吹付け作業にあつては、昭和47年10月1日から昭和50年9月30日までの間、屋内作業場であつて厚生労働省令で定めるもので行われた作業（以下「屋内作業」という。）にあつては昭和50年10月1日から平成16年9月30日までの間）に就業していたことがあること、当該期間中の作業が吹付け作業又は屋内作業であることを

確認する。

また、国の責任期間内の石綿ばく露作業従事期間がそれぞれの疾病ごとに定める従事期間による減額となる期間であるか否かについても確認する。

なお、労災支給決定等情報提供サービス提供情報利用請求者の請求については、就業歴等申告書（㊦様式3、続紙、別紙）（別添7）、労災支給決定等情報提供サービス提供情報、労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定の際の関係資料などにより上記事項を確認する。

（イ） 被災者が労働者等であったことの確認

就業歴等申告書（㊦様式3、続紙、別紙）（別添7）を元に、厚生年金保険加入記録、事業主証明・事業主の陳述書等、労働者名簿、同僚の陳述書等の提出された資料により、上記（ア）の期間中、労働者、中小事業主、一人親方又は家族従事者等であったことを確認する。

イ 被災者が石綿関連疾病にかかったことについて

被災者が請求対象である石綿関連疾病（以下「請求対象石綿関連疾病」という。）にかかっていたことについては認定審査会において判断されるが、提出された診断書等の疾病名と請求区分の石綿関連疾病等が合致していることを確認する。合致しない場合には、別途、資料の提出を求める等を行う。

（5） 喫煙の習慣の有無の確認等

請求対象石綿関連疾病が肺がんである場合、又は肺がんにより死亡した場合には、被災者の喫煙の習慣の有無について、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）（㊦様式1－2）（別添1）により確認する。また、必要に応じて、健康診断記録等を活用して確認を行う。

なお、労災支給決定等情報提供サービス提供情報利用請求者の請求については、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②（情報提供サービス利用者用）（㊦様式1－2）（別添11）、労災支給決定等情報提供サービス提供情報、労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定の際の関係資料などにより確認する。

（6） 損害賠償金、和解金、補償金等の受取状況の確認等

給付金等と同一の事由について、国又は国以外の者（勤務していた企業、石綿含有建材メーカーなど）から損害の填補又は給付金等の支給を受けているかについて、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）（㊦様式1－3）（別添1）、訴訟関係資料、労災関係資料、石綿救済法認定関係資料、本人陳述書、同僚陳述書、企業等が被告となっている民事訴訟の記録、企業等への照会・報告徴収などにより確認する。

なお、労災支給決定等情報提供サービス提供情報利用請求者の請求についても、同様に確認する。

(7) 請求期限を経過していないことの確認等

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）（㊦一様式1－2）（別添1）、又は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②（情報提供サービス利用者用）（㊦一様式1－2）（別添11）、死亡届の記載事項証明書、診断（意見）書（㊦一様式1から5）（別添2から別添6）、じん肺管理区分決定通知書等により、請求期限内に請求が行われていることを確認する。

2 追加給付金

(1) 請求者及び被災者の本人確認

請求者及び被災者について、本人の特定を行い得る本人確認書類により確認を行う。また、提出された本人確認書類等により請求書等の記載内容に誤りがないことを確認する。

(2) 被災者が死亡している場合、請求者が支給対象である遺族であることの確認

請求者が被災者本人ではなく、遺族である場合には、被災者の死亡届の記載事項証明書、請求者と被災者との身分関係を確認できる戸籍（除籍、改製原戸籍）謄本、戸籍（除籍）全部事項証明書又は住民票の写し等により、①請求者が被災者の遺族に該当すること、②請求権を持つ遺族に該当すること、③先順位の生存する遺族がないことを確認する。

(3) 二重請求の有無の確認

同一の被災者について、過去に同一の原因に基づく給付金等の請求が行われていないことを確認する。

(4) 被災者が石綿関連疾病にかかっていたことについて

被災者が請求対象石綿関連疾病にかかっていたことについては認定審査会において判断されるが、提出された診断書等の疾病名と請求対象石綿関連疾病等が合致していることを確認する。なお、合致しない場合には、別途資料の提出を求める等を行う。

(5) 喫煙の習慣の有無の確認等

前回の認定時から変更がある場合には、記載内容の確認を行う。

(6) 損害賠償金、和解金、補償金等の受取状況の確認等

給付金等と同一の事由について、国又は国以外の者（勤務していた企業、石綿含有建材メーカーなど）から損害の填補又は給付金等の支給を受けているかについて、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）（㊦一様式1－3）（別添9）、訴訟関係資料、労災関係資料、石綿救済法認定関係資料、本人陳述書、同僚陳述書、企業等が被告となっている民事訴訟の記録、企業等への照会・報告徴収などにより確認する。なお、前回の認定時と変更がない場合にはその旨を確認する。

(7) 追加請求の場合の過去の給付金等の認定の状況の確認等

過去の認定時の認定決定通知書の写しにより、過去の給付金又は追加給付金の認定区分や給付金額を確認する。

(8) 請求期限を経過していないことの確認等

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）（㊦様式1-1、2、3）（別添9）、死亡届の記載事項証明書、診断（意見）書（㊦様式1から5）（別添2から別添6）、じん肺管理区分決定通知書等により、請求期限内に請求が行われていることを確認する。

第10 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会による審査（法第7条関係）

第9の請求書等の審査（要件に該当することの調査・確認）が完了した請求については、認定審査会に通知し、次の事項について審査を求める。

- 1 被災者が特定石綿ばく露建設業務に従事した期間
- 2 被災者がかかった石綿関連疾病の種類
- 3 被災者が特定石綿ばく露建設業務に従事したと石綿関連疾病にかかったこととの関係
- 4 被災者の喫煙の習慣の有無（肺がん又は肺がんによる死亡の場合）

第11 厚生労働大臣による調査（法第6条関係）

第8から第10までにおいて、厚生労働大臣は、給付金等の支給の認定を行うため必要があると認めるときは、請求者その他の関係人に対して、報告命令書（別添15）、文書その他の物件の提出命令書（別添16）、出頭命令書（別添17）を送付等することにより報告をさせ、文書その他の物件を提出させ若しくは出頭を命じ、又は受診命令書（別添18）を送付等することにより厚生労働大臣の指定する医師の診断を受けさせることができる。なお、報告命令書（別添15）、文書その他の物件の提出命令書（別添16）、出頭命令書（別添17）又は受診命令書（別添18）を発出後、相当期間を経過しても報告をせず、文書その他の物件を提出せず、出頭をせず、又は医師の診断を受けなかった場合、報告督促書（別添19）、文書その他の物件の提出督促書（別添20）、出頭命令書（再通知）（別添21）又は受診督促書（別添22）を請求者に送付する。

請求者が、正当な理由がなく、報告をせず、文書その他の物件を提出せず、出頭をせず、又は医師の診断を拒んだときは、厚生労働大臣は、その請求について却下通知書（別添23）を送付し、却下することができる。

また、厚生労働大臣は、認定を行うため必要があると認めるときは、関係機関その他の公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる。

第 12 認定の決定及び給付金等の支払

1 認定の決定・通知

厚生労働大臣は、第 10 の認定審査会の審査の結果に基づき、請求の認定又は不認定の決定を行う。

労災管理課は認定決定通知書（別添 24）又は不認定決定通知書（別添 25）を請求者に送付する。

労災管理課は給付金等の支払事務を委託する機構に対し、認定決定通知書及び認定額の支払情報を交付し、支払に関する指示を行う。

2 給付金等の支払等の確認

労災管理課は、機構が認定を受けた請求者に対する給付金等の支払手続を完了したときは、機構からの報告書により確認を行う。

3 書類の保存

給付金等の支給に係る請求書等全ての文書の保存期間は、常用（無期限）とする。

第 13 不正利得の徴収（法第 13 条関係）

偽りその他不正の手段により給付金等の支給を受けた者があるときは、厚生労働大臣は、労災管理課を通じて、国税徴収の例により、その者から当該給付金等の価額の全部又は一部を徴収する。

第 14 その他

1 譲渡等の禁止（法第 14 条関係）

給付金等の支給を受ける権利は、譲渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない。

2 非課税（法第 15 条関係）

租税その他の公課は、給付金等を標準として課することができない。

3 労災保険給付の請求等の勧奨

労災保険給付、石綿救済法による特別遺族給付金の支給決定等及びじん肺管理区分決定を受けていないものの、支給決定等を受けることができると考えられる者に対し、事前の各給付等の申請等を促すこととする。

特に労災保険給付、石綿救済法による特別遺族給付金の支給決定を受けることができるとうかがわれる者については、当該支給決定後であれば、本給付金等の認定審査も迅速に行うことができる可能性があることから積極的に請求勧奨を行う。

なお、認定等の可否については、請求後に審査されることとなるため、確実に認定が行われると誤認させることがないよう説明を行う。

びまん性胸膜肥厚について、著しい呼吸機能障害を伴うものであるか否かを判定する際に、「パーセント肺活量」及び「1秒率等」の各指標を用いる意義について

1 パーセント肺活量（%VC）

パーセント肺活量（%VC）は、肺活量の正常予測値に対する実測値の割合（%）で示される指標である。

びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害は、通常、拘束性換気障害を呈するものであることから、拘束性換気障害の程度を評価する指標としてこれを用いる。

なお、肺活量の正常予測値は、2001年に日本呼吸器学会が提案した次の予測式により算出する（次の2の予測式も同様である。）。

[予測式]

男性： $0.045 \times \text{身長（cm）} - 0.023 \times \text{年齢} - 2.258$ （L）

女性： $0.032 \times \text{身長（cm）} - 0.018 \times \text{年齢} - 1.178$ （L）

2 1秒率等

1秒率は、努力肺活量に対する1秒間の呼出量（1秒量）の割合（%）で示される指標であり、また、パーセント1秒量は、1秒量の正常予測値に対する実測値の割合（%）で示される指標である。

現段階では、びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害について、拘束性換気障害に閉塞性換気障害が合併することがあり得ることも否定できないことから、閉塞性換気障害の程度を評価する指標としてこれらを用いる。

[予測式]

男性： $0.036 \times \text{身長（cm）} - 0.028 \times \text{年齢} - 1.178$ （L）

女性： $0.022 \times \text{身長（cm）} - 0.022 \times \text{年齢} - 0.005$ （L）

さらに、動脈血酸素分圧（ P_aO_2 ）は、低酸素血症の程度を示す指標であり、肺泡気動脈血酸素分圧較差（ $A-aDO_2$ ）は、ガス交換障害の程度を示す指標であり、びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害の程度を判定するための補完的な指標として用いる。

肺泡気動脈血酸素分圧較差（A a D O₂）限界値

年齢（歳）	限界値（T o r r）	年齢（歳）	限界値（T o r r）
21	28. 21	51	34. 51
22	28. 42	52	34. 72
23	28. 63	53	34. 93
24	28. 84	54	35. 14
25	29. 05	55	35. 35
26	29. 26	56	35. 56
27	29. 47	57	35. 77
28	29. 68	58	35. 98
29	29. 89	59	36. 19
30	30. 10	60	36. 40
31	30. 31	61	36. 61
32	30. 52	62	36. 82
33	30. 73	63	37. 03
34	30. 94	64	37. 24
35	31. 15	65	37. 45
36	31. 36	66	37. 66
37	31. 57	67	37. 87
38	31. 78	68	38. 08
39	31. 99	69	38. 29
40	32. 20	70	38. 50
41	32. 41	71	38. 71
42	32. 62	72	38. 92
43	32. 83	73	39. 13
44	33. 04	74	39. 34
45	33. 25	75	39. 55
46	33. 46	76	39. 76
47	33. 67	77	39. 97
48	33. 88	78	40. 18
49	34. 09	79	40. 39
50	34. 30	80	40. 60

注）A a D O₂が各年齢の限界値を超える場合に著しい呼吸機能障害があると判定する。

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。

請求者氏名

年 月 日 ※ 1（代理人氏名）

※ 1～4 代理人を選任する場合、代理人の情報を並記願います。

1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名	※ 2（代理人氏名）	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生
フリガナ		
請求者住所又は居所	〒 - [※ 3 代理人住所 〒 -] 電話番号 () ※ 4（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		生年月日
被災者氏名		(明治・大正・昭和・平成) 年 月 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 type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中 <input type="checkbox"/> 請求予定なし
(支給決定あり又は不支給決定ありの場合)		
決定年月日 (支給・不支給)	(平成・令和) 年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 労働基準監督署長
(独立行政法人環境再生保全機構) 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認定決定状況		<input type="checkbox"/> 認定決定あり <input type="checkbox"/> 不認定決定あり <input type="checkbox"/> 申請予定又は申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定なし
(認定決定又は不認定決定がある場合)		
決定年月日 (認定・不認定)	(平成・令和) 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

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から該当する番号を1つ記載		
<div>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</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>⑤以下のいずれか（該当するものを1つ選択）</div> <div><div><input type="checkbox"/>中皮腫</div><div><input type="checkbox"/>肺がん</div><div><input type="checkbox"/>著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>石綿肺管理4（相当を含む）</div><div><input type="checkbox"/>良性石綿胸水</div></div> <div>⑥以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを1つ選択）</div> <div><div><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</div><div><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</div></div> <div>⑦以下のいずれかを原因として死亡（該当するものを1つ選択）</div> <div><div><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</div><div><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</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>中皮腫</div><div><input type="checkbox"/>肺がん</div><div><input type="checkbox"/>著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>石綿肺管理4（相当を含む）</div><div><input type="checkbox"/>良性石綿胸水</div></div>			
（請求する区分が⑥又は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） 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 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 type="checkbox"/> 有（喫煙1日平均 本、喫煙期間 年 月～ 年 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。

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	受領額	円
	受領した者の氏名	被災者との続柄	
	受領日	年	月 日
	(受領額の内訳※内訳がある場合記載して下さい。)		
	元本	円	遅延損害金
		弁護士費用その他	円

5. 振込を希望する金融口座 (※請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定下さい。)

フリガナ		金融機関コード
金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 その他 ()	
フリガナ		支店コード
支店名	本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所	
口座番号		預金種目 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
フリガナ		
口座名義		

※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 () -
--------------------	----------------------	----	---------------

[中皮腫用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)	疾 病 名		
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日
主訴及び症状所見					
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 年 月 日実施		
	組 織 型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> その他()			
	画像診断	[診断根拠] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> その他()			
	病理診断	[診断根拠] <input type="checkbox"/> 体腔液細胞診 <input type="checkbox"/> 経皮穿刺生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡下生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 免疫組織化学的染色検査(抗体)			
	他の悪性腫瘍を否定する所見				
胸膜プラークの所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]		
石綿小体・石綿繊維の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無		
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]		
既往症・基礎疾患					
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見					
その他参考となる事項					

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印

[肺がん用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		疾 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 年 月 日実施 <input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 年 月 日実施				
	組 織 型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> 小細胞がん <input type="checkbox"/> 大細胞がん					
	原 発 性	<input type="checkbox"/> 肯・ <input type="checkbox"/> 否	[鑑別根拠]				
胸膜プラーク の所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検				
			[有の場合はその程度]				
			<input type="checkbox"/> 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの ^(注1) <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上で胸膜プラークを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記には該当しない胸膜プラーク				
石綿小体・ 石綿繊維 の所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施				
			[有の場合は以下に記入]				
			計測等実施機関				
			乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注2) による計測でない場合は具体的な方法： 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無				
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
びまん性胸膜肥厚の 併発		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因 果関係に関する意見							
その他参考 となる事項							

(注1) 胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次のいずれかに該当する場合をいう。

・両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの

・両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの

(注2) 独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印

(共)一様式3)

診 断 (意 見) 書

※1 スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した上で、最良の検査結果を記載してください。
※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください(必須)。

胸部に関する臨床検査	<div><input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>未検査</div>	検査実施年月日 年 月 日検査										
		自覚症状	呼吸困難	ⅠⅡⅢⅣⅤ		他覚症状	チアノーゼ	+ -				
			せき	+ -			ばち状指	+ -				
			たん	+ -			副雑音	+ - (部位)				
			心悸亢進	+ -			その他					
その他												
喫煙歴等		喫煙歴：なし、やめた、吸っている ()本／日×()年 (～)歳										
		石綿以外の粉じん吸入歴：なし、あり (年間) 粉じん種別()										
合併症の所見	<div><input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無</div>	[所見の内容]										
		<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎 <input type="checkbox"/> 続発性気管支炎 <input type="checkbox"/> 続発性気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 続発性気胸 <input type="checkbox"/> その他()										
		合併症に関する検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査)										
		自覚症状				肺結核以外の合併症に関する検査	結核菌	たん	塗抹 + -	滲出液	塗抹 + -	
		結核精密検査	結核菌	塗抹 + -			たん	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
				培養 + -								
			エックス線特殊撮影	撮影法()			性 状	mℓ	mℓ			
				所見								
		検査	赤血球沈降速度	1時間値 mm			喀痰細胞診	年月日(初日)	年 月 日			
				2時間値 mm				所 見				
ツベルクリン反応	mm × mm		エックス線特殊撮影	年 月 日	年 月 日							
				撮 影 法	らせんCT、その他()							
その他所見	所 見											
石綿小体・石綿繊維の所見	<div><input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>計測等未実施</div>	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施										
		[有の場合は以下に記入]										
		計測等実施機関										
		乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉										
		標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法： 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無										
診断に至った経緯												
療養の必要性	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()											
現在の病状及び治療内容												
当院における石綿肺に係る療養開始日	年 月 日											
前医の情報	医療機関名・担当科名：					医療機関名・担当科名：						
既往症・基礎疾患												
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見												
鑑別除外診断	鑑別除外した疾患(既往も含む)について、該当する□にレ印を付して下さい。											
	鑑別		(できる)	(できない)	鑑別		(できる)	(できない)				
	石綿肺以外のじん肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特発性間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過敏性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ランゲルハンス細胞組織球症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
放射線肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
その他参考となる事項												

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院・診療所

医師氏名

印

[びまん性胸膜肥厚用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		疾 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	壁側胸膜との ゆ着の有無及 び範囲・程度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	右側胸膜 [肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 左側胸膜 [肋横角の消失] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [広がり] <input type="checkbox"/> 1/4未満 <input type="checkbox"/> 1/4以上 1/2未満 <input type="checkbox"/> 1/2以上 <検査等の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()				
	鑑別診断 の実施等	感染症(細菌性膿胸、結核性胸膜炎)、膠原病(リウマチ性胸膜炎ほか)、薬剤性線維性胸膜炎等との鑑別診断の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) [鑑別根拠の内容]					
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
胸膜プラーク の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]				
石綿小体・ 石綿繊維 の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無				
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 年 月 日 検査 [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日 検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr] ※1 スパイロメリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した上で、最良の検査結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください(必須)。				
療養の必要性		<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()					
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因 果関係に関する意見							
その他参考 となる事項							

(注) 独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

 病院
 診療所
 医師氏名

印

[良性石綿胸水用]

診 断 (意 見) 書

患者の氏名 ・生年月日		(年 月 日生)	疾 病 名	
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
主訴及び症状所見				
診断	胸水確認 の経過等	・今回の胸水の出現 (<input type="checkbox"/> 初回 ・ 回目) ・今回の胸水継続期間 ヶ月 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 ヶ月 <検査の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他()		
	除外診断 の実施等	悪性腫瘍・結核性胸膜炎・リウマチ性胸膜炎等との除外診断の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [鑑別根拠の内容]		
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]	
胸膜プラーク の所見		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]	
石綿小体・ 石綿繊維 の所見		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無	
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査 [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]	
療養の内容		<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()		
既往症・基礎疾患				
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因果 関係に関する意見				
その他参考 となる事項				

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

病院
診療所

医師氏名

印

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				生年月日		罹患した疾病名		1 枚目 / 枚中	
被災者氏名				年 月 日		<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input 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			
就 業 歴	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 (※)	屋内 作業 (※)	
	1		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	2		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	3		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	4		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	5		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	6		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 月			
	7		年 月 ~ 年 月	年 月	年 月 ~ 年 月	年 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 - 様式 3 別紙）のとおり・別紙 枚					小計①	年 月	続紙 小計②	

小計①と②の合計
※続紙がない場合は、小計①の値を転記して下さい。

年 月

(別添 7)

(※) 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。

記載枠が不足する場合には、本紙のコピーもしくは続紙に御記載の上、添付して下さい。

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				生年月日		疾病名		枚目／ 枚中	
被災者氏名				年 月 日		<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input 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			
就 業 歴	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 (※)	屋内 作業 (※)	
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月			
			年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	年 月 ～ 年 月	年 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②	年 ヶ月		

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。

就業歴の詳細について記載し、記載内容について、事業主もしくは（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		※就業歴等申告書（通－様式3及び続紙）に記載した就業歴のうち、該当するものの番号を御記入下さい。				
就業歴	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)	備考
	(事業場名)			職種	どのような作業（下記「（石綿ばく露作業の種類）」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（壁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。	
	(所在地)	年 月	年 月	種類		
	(事業概要)	～ 年 月	～ 年 月	下記のア～キから選択。カ及びキの場合は具体的な内容を備考欄に記載。		
	(雇用等形態) <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 中小事業主 <input type="checkbox"/> その他（ ）	(年 ヶ月間)	(年 ヶ月間)	頻度	次の①、②について該当するものに○を付けて下さい。 ①吹付作業の有無 : 有 ・ 無 ②作業箇所の屋内・屋外の別（※）: 屋内 ・ 屋外	

※屋根を有し、周囲の半分以上が外壁等しゃへい物に囲まれ、外気の流入が妨げられることにより、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 石綿の吹付の作業 イ 石綿が使用されている保温剤、耐火被覆材等の張付け、補修若しくは除去の作業 ウ 石綿製品の切断等の加工作業
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 カ 上記作業の周辺で間接的なばく露を受ける作業 キ その他の作業

（証明者欄）

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

証 明 者 被災者との関係：事業主 ・ 同僚 ・ 取引先 ・ その他（ ）

住 所 ・ 所 在 地： _____

電 話 番 号： _____

事業場名・役職・氏名： _____

※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、証明者欄の役職・氏名欄に「事業主等の協力を得られない」旨及びその背景となる事情・理由（事業場の倒産、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。なお、厚生労働省から、事業主等に連絡をさせていただく場合があります。

請求書添付書類等一覧表
(特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等 通常請求用)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金の請求に関して、下記の請求書及び添付書類を提出して下さい。

請求者情報	フリガナ		生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和)
	氏名			年 月 日
	住所			
	請求年月日			

※ 各添付書類の左上に書類番号を記載して下さい(順不同)。

※ 添付している書類欄に☑するとともに、書類番号を記入して下さい。

書類番号	書類の種類	☑	備考
1. 基礎資料			
	①請求書	<input type="checkbox"/>	【必須】 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-様式1)を記載し、提出して下さい。
	①-2 委任状 又は成年後見人であることを 証明する書類等	<input type="checkbox"/>	【原則不要】 請求者本人以外の方が①の請求書を記載する場合は、委任状又は成年後見人等であることを証明する書類、及び代理人又は成年後見人等の本人確認資料を必ず添付して下さい。 ※社会保険労務士が作成・提出・事務代理を行う場合には不要です。
	①-3 振込を希望する金融口座の 通帳又はキャッシュカードの写し	<input type="checkbox"/>	【必須】 給付金の振り込み誤りを防ぐため、添付して下さい。 (※振込を希望する金融口座は請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定ください。)
2. 添付資料			
(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【必須】			
	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)	<input type="checkbox"/>	原則、住民票の写しを添付して下さい。 ※1 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には住民票の写しに併せて戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書のいずれかを添付して下さい。 ※2 請求者の方が外国人の場合で住民票の写しが用意できない場合には、旅券、その他の身分を証明する書類の写しを添付して下さい。
(2) 請求者が被災者の遺族である場合(被災者の方がお亡くなりになっている場合)に必要な書類			
	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	【必須】 請求者と被災者との身分関係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、戸籍謄本等の資料を添付して下さい。
	③-2 事実婚であることを証明する書類	<input type="checkbox"/>	【原則不要】 続柄に「妻(未婚)」等と表示されている住民票の写しなどの事実上婚姻関係と同様の事情にあることが確認できる資料を添付して下さい。

(次のページにお進み下さい)

	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)	<input type="checkbox"/>	<p>【原則必要】</p> <p>死亡診断書又は死体検案書もしくは検視調査記載事項についての市町村長の証明書等を添付して下さい。</p> <p>※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。</p>
<p>(3) 被災者の方に<u>労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定、</u> <u>石綿救済法の救済給付の認定・不認定又はじん肺管理区分決定がある場合に必要書類【該当する場合必要】</u></p>			
	⑤支給決定等を受けた事実がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<p>各制度の支給決定や認定等がある場合には労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定に係る「支給決定通知書」や石綿救済法の救済給付に関する「認定等の結果通知」、じん肺法に基づく「じん肺管理区分決定通知書」などの写しを添付して下さい。</p> <p>※お手元に無い場合は提出不要です。</p>
<p>(4) 被災者の方の就業歴及び石綿ばく露作業への従事を証明する資料 【必須】</p>			
	⑥被災者の方の就業歴 ・石綿ばく露作業歴のわかる資料	<input type="checkbox"/>	<p>就業歴等申告書（通－様式3及び続紙）及び別紙（通－様式3別紙）を記載し、添付して下さい。</p> <p>また、被保険者記録照会回答票（年金の加入履歴）などの就業歴や作業歴が確認できる資料を添付して下さい。</p> <p>中小事業主等・一人親方等の期間を有する場合には、当該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）があれば添付して下さい。</p>
<p>(5) 請求する区分の石綿関連疾病に<u>り患していることを証明する資料【原則必要】</u> <u>※請求する区分の疾病が労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定</u> <u>又は石綿救済法の救済給付の認定を受けている石綿関連疾病と同様の場合には不要です。</u></p>			
	⑦石綿関連疾病へのり患がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<p>診断（意見）書（疾病により共－様式1～5）を添付して下さい。</p>
	⑦－2 診断の根拠となる資料 (<u>り患した疾病にかかわらず必要な資料</u>)	<input type="checkbox"/>	<p>エックス線画像、CT画像を添付して下さい。</p> <p>また、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があれば添付して下さい（検査を行っていない場合は不要です。）。</p>
	⑦－3 診断の根拠となる資料 (<u>中皮腫にり患している場合に必要な資料</u>)	<input type="checkbox"/>	<p>病理組織診断報告書、細胞診断報告書を添付して下さい。</p> <p>※どちらか1つの報告書は必ず添付して下さい。</p> <p>また、可能な限り以下の標本も添付して下さい。</p> <p>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</p>
	⑦－4 診断の根拠となる資料 (<u>石綿肺（※）及びびまん性胸膜肥厚にり患している場合に必要な資料</u>) ※じん肺管理区分が4又はこれに相当するものに限る	<input type="checkbox"/>	<p>呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。</p>
	⑦－5 診断の根拠となる資料 (<u>良性石綿胸水にり患している場合に必要な資料</u>)	<input type="checkbox"/>	<p>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）及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）を添付して下さい。</p>

(次のページにお進み下さい)

(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資料【該当する場合必要】			
	⑧企業等からの受領金額等のわかる資料	<input type="checkbox"/>	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、判決内容のわかる書類や和解に関する合意書などの写し及び受領年月日のわかる資料の写し等を添付して下さい。
(7) その他の必要資料			
	⑨資料の日本語訳	<input type="checkbox"/>	<u>【該当する場合必要】</u> 日本語以外で作成された資料がある場合には、必ず添付して下さい。

※提出が不要となっている資料等についても場合によっては、追加で提出を求めることがありますのでご留意願います。

〈厚生労働省への伝達事項〉

提出が必要とされている書類について提出ができない特別な事情がある場合には、下の欄にその旨を記載して下さい。

--

(以上)

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。

請求者氏名

年 月 日 ※ 1（代理人氏名）

※ 1～4 代理人を選任する場合、代理人の情報を並記願います。

1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名	※ 2（代理人氏名）	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生
フリガナ		
請求者住所又は居所	〒 - [※ 3 代理人住所 〒 -] 電話番号 () ※ 4（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		生年月日
被災者氏名		(明治・大正・昭和・平成) 年 月 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	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 type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中 <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・令和) 年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 労働基準監督署長
(独立行政法人環境再生保全機構) 石綿による健康被害の救済に関する法律による 救済給付の認定決定状況		<input type="checkbox"/> 認定決定あり <input type="checkbox"/> 不認定決定あり <input type="checkbox"/> 申請予定又は申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定なし
(認定決定または不認定決定がある場合)		
決定年月日 (認定・不認定)	(平成・令和) 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

(追) - 様式 1 - 2)

(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。

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 ※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	受領額	円		
	受領した者の氏名	被災者との続柄			
	受領日	年	月	日	
	(受領額の内訳※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

5. 振込を希望する金融口座（※請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定下さい。）

フリガナ		金融機関コード
金融機関名	銀行・信用金庫 その他（ ）	
フリガナ		支店コード
支店名	本店・支店 支所・出張所	
口座番号		預金種目 普通・当座・貯蓄
フリガナ		
口座名義		

※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
			() -

請求書添付書類等一覧表
(特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等 追加請求用)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する追加給付金の請求に関して、下記の請求書及び添付書類を提出して下さい。

請求者情報	フリガナ		生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和)
	氏名			年 月 日
	住所			
	請求年月日			

※ 各添付書類の左上に書類番号を記載して下さい(順不同)。

※ 添付している書類欄に☑するとともに、書類番号を記入して下さい。

書類番号	書類の種類	☑	備考
1. 基礎資料			
	①請求書	<input type="checkbox"/>	【必須】 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-様式1)を記載し、提出して下さい。
	①-2 委任状 又は成年後見人等であることを 証明する書類等	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 請求者本人以外の方が①の請求書を記載する場合は、委任状又は成年後見人等であることを証明する書類、及び代理人又は成年後見人等の本人確認資料を必ず添付して下さい。 ※社会保険労務士が作成・提出・事務代理を行う場合には不要です。
	①-3 振込を希望する金融口座の 通帳又はキャッシュカードの写し	<input type="checkbox"/>	【必須】 給付金の振り込み誤りを防ぐため、添付して下さい。(※振込を希望する金融口座は請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定下さい。)
2. 添付資料			
(0) 労災支給決定等情報提供サービス <u>【該当する場合必要】</u>			
	☆通知書のコピー (「労災支給決定等情報」のコピー)	<input type="checkbox"/>	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には、同サービスにより提供を受けた「労災支給決定等情報」の写しを添付して下さい。
(1) 請求者のご本人確認に必要な書類 <u>【原則必要】</u>			
※請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請者又は給付金請求(前回の追加給付金を含む)時の請求者と同一、かつ、申請・請求時と同一住所の場合には不要です。			
	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)	<input type="checkbox"/>	原則、住民票の写しを添付して下さい。 ※1 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には住民票の写しに併せて戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書のいずれかを添付して下さい。 ※2 請求者の方が外国人の場合で住民票の写しが用意できない場合には、旅券、その他の身分を証明する書類の写しを添付して下さい。

(次のページにお進み下さい)

(2) 請求者が被災者の遺族である場合（被災者の方がお亡くなりになっている場合）に必要な書類

※③及び④については労災支給決定等情報提供サービスの申請時等に提出されている戸籍謄本等で請求者が給付金等を受け取ることができる遺族のうち最先順位者であることが確認できる場合には不要です。

また、⑤については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。

	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	【必須】 請求者と被災者との身分関係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、戸籍謄本等の資料を添付して下さい。
	④事実婚であることを証明する書類	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 続柄に「妻（未婚）」等と表示されている住民票の写しなどの事実上婚姻関係と同様の事情にあることが確認できる資料を添付して下さい。
	⑤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）	<input type="checkbox"/>	【原則必要】 死亡診断書又は死体検案書もしくは検視調書記載事項についての市町村長の証明書等を添付して下さい。 ※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。

(3) 被災者の方に労災保険給付・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・不認定又はじん肺管理区分決定がある場合に必要書類【該当する場合必要】

	⑥支給決定等を受けた事実がわかる資料	<input type="checkbox"/>	各制度の支給決定や認定等がある場合には労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定に係る「支給決定通知書」や石綿救済法の救済給付に関する「認定等の結果通知」、じん肺法に基づく「じん肺管理区分決定通知書」などの写しを添付して下さい。 ※前回の認定時に提出されている資料及びお手元に無い資料については不要です。
--	--------------------	--------------------------	---

(4) 請求する区分の石綿関連疾病にり患していることを証明する資料【原則必要】

※過去の認定された疾病区分によっては省略できる場合がございますので、請求時に個別にご相談下さい。

※請求する区分の疾病が労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給決定

又は石綿救済法の救済給付の認定を受けている石綿関連疾病と同様の場合には不要です。

	⑦石綿関連疾病へのり患がわかる資料	<input type="checkbox"/>	診断（意見）書（疾病により共－様式 1～5）を添付して下さい。
	⑦－2 診断の根拠となる資料 （り患した疾病にかかわらず必要な資料）	<input type="checkbox"/>	エックス線画像、CT画像を添付して下さい。 また、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があれば添付して下さい（検査を行っていない場合は不要です。）。
	⑦－3 診断の根拠となる資料 （中皮腫にり患している場合に必要な資料）	<input type="checkbox"/>	病理組織診断報告書、細胞診断報告書を添付して下さい。 ※どちらか1つの報告書は必ず提出して下さい。 また、可能な限り以下の標本も提出して下さい。 病理組織診断報告書の場合：H E 染色標本 細胞診断報告書の場合：パパニコロウ染色標本

（次のページにお進み下さい）

	⑦-4 診断の根拠となる資料 (<u>石綿肺(※)及びびまん性胸膜肥厚に り患している場合に必要資料</u>) ※じん肺管理区分が4又は これに相当するものに限る	<input type="checkbox"/>	呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。
	⑦-5 診断の根拠となる資料 (<u>良性石綿胸水に り患している場合に必要資料</u>)	<input type="checkbox"/>	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)及び胸 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)を添付して下さい。
(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類【 <u>原則必要</u> 】			
	⑧前回の給付金の認定内容等がわかる資料	<input type="checkbox"/>	前回認定時の認定決定通知書の写しを添付して下さい。 ※お手元がない場合は提出不要です。
(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資料【 <u>該当する場合必要</u> 】			
	⑨企業等からの受領金額等のわかる資料	<input type="checkbox"/>	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、判決内容のわかる書類や和解に関する合意書などの写し及 び受領年月日のわかる資料の写し等を添付して下さい。 ※前回の認定時に提出されている資料については不要です。
(7) その他の必要な資料			
	⑩資料の日本語訳	<input type="checkbox"/>	【 <u>原則不要</u> 】 日本語以外で作成された資料がある場合には、必ず添付して下 さい。

※提出が不要となっている資料等についても場合によっては、追加で提出を求めることがありますのでご留意願います。

〈厚生労働省への伝達事項〉

提出が必要とされている書類について提出ができない特別な事情がある場合には、下の欄にその旨を記載して下さい。

(以上)

(受付番号：

) ※記載不要

(特) - 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② (情報提供サービス利用者用)

労災支給決定等情報提供サービス交付番号

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。

請求者氏名

年 月 日 ※1 (代理人氏名)

※1～4 代理人を選任する場合、代理人の情報を並記願います。

1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名	※2 (代理人氏名)	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生
フリガナ		
請求者住所又は居所	〒 - [※3 代理人住所 〒 -] 電話番号 () ※4 (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		生年月日
被災者氏名		(明治・大正・昭和・平成) 年 月 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 type="checkbox"/> 支給決定あり <input type="checkbox"/> 不支給決定あり <input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中 <input type="checkbox"/> 請求予定なし
(支給決定あり又は不支給決定ありの場合)		
決定年月日 (支給・不支給)	(平成・令和) 年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 労働基準監督署長
(独立行政法人環境再生保全機構) 石綿による健康被害の救済に関する法律による 救済給付の認定決定状況		<input type="checkbox"/> 認定決定あり <input type="checkbox"/> 不認定決定あり <input type="checkbox"/> 申請予定又は申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定なし
(認定決定又は不認定決定がある場合)		
決定年月日 (認定・不認定)	(平成・令和) 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)

3. 請求に関する情報

(特) - 様式 1 - 2)

請求する区分 【 】		※以下の①～⑦から該当する番号を1つ記載	
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1つ選択） <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1つ選択） <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1つ選択） <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又は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) 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 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 type="checkbox"/> 有（喫煙1日平均 本、喫煙期間 年 月～ 年 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。

4. 損害賠償金、和解金、補償金等の受取状況

(特) - 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	受領額	円
	受領した者の氏名	被災者との続柄	
	受領日	年 月 日	
	(受領額の内訳※内訳がある場合記載して下さい。)		
	元本	円	遅延損害金
		弁護士費用その他	円

5. 振込を希望する金融口座 (※請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定下さい。)

フリガナ		金融機関コード
金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 その他 ()	
フリガナ		支店コード
支店名	本店 ・ 支店 支所 ・ 出張所	
口座番号		預金種目 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
フリガナ		
口座名義		

※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 () -
--------------------	----------------------	----	---------------

請求書添付書類等一覧表
(特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等 情報提供サービス利用者用)

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金の請求に関して、下記の請求書及び添付書類を提出して下さい。

請求者情報	フリガナ		生年月日	(明治・大正・昭和・平成・令和) 年 月 日
	氏名			
	住所			
	請求年月日			

※ 各添付書類の左上に書類番号を記載して下さい(順不同)。

※ 添付している書類欄に☑するとともに、書類番号を記入して下さい。

書類番号	書類の種類	☑	備考
1. 基礎資料			
	①請求書	<input type="checkbox"/>	【必須】 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(特-様式1)を記載し、提出して下さい。
	①-2 委任状 又は成年後見人等であることを 証明する書類等	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 請求者本人以外の方が①の請求書を記載する場合であって、以下のいずれかに該当するときには委任状又は成年後見人等であることを証明する書類、及び代理人又は成年後見人等の本人確認資料を必ず添付して下さい。 ・請求者が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、又は、申請時と同一住所でない ・請求者が任意代理人であって給付金の請求の委任まで確認できない ※社会保険労務士が作成・提出・事務代理を行う場合には不要です。
	①-3 振込を希望する金融口座の 通帳又はキャッシュカードの写し	<input type="checkbox"/>	【必須】 給付金の振り込み誤りを防ぐため、添付して下さい。 (※振込を希望する金融口座は請求者本人又は代理人弁護士の口座をご指定ください。)
2. 添付資料			
(0) 労災支給決定等情報提供サービス【必須】			
	☆通知書のコピー (「労災支給決定等情報」のコピー)	<input type="checkbox"/>	労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた「労災支給決定等情報」の写しを添付して下さい。
(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【必須】			
	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)	<input type="checkbox"/>	請求者が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、又は、申請時と同一住所でない場合には、原則、住民票の写しを添付して下さい。 ※1 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には住民票の写しに併せて戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書のいずれかを添付して下さい。 ※2 請求者の方が外国人の場合で住民票の写しが用意できない場合には、旅券、その他の身分を証明する書類の写しを添付して下さい。

(次のページにお進み下さい)

(2) 請求者が被災者の遺族である場合 (被災者の方がお亡くなりになっている場合) に必要な書類			
	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	<p>【該当する場合必要】</p> <p>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戸籍謄本等で請求者が給付金を受け取ることができる遺族のうち最先順位者であることが確認できない場合には、請求者と被災者との身分関係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が確認できる戸籍謄本等の資料を添付して下さい。</p>
	③-2 事実婚であることを証明する書類	<input type="checkbox"/>	<p>【該当する場合必要】</p> <p>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戸籍謄本等で請求者の事実上の配偶者であることが確認できない場合には、続柄に「妻（未婚）」等と表示されている住民票の写しなどの事実上婚姻関係と同様の事情にあることが確認できる資料を添付して下さい。</p>
	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)	<input type="checkbox"/>	<p>【該当する場合必要】</p> <p>死亡診断書又は死体検案書もしくは検視調書記載事項についての市町村長の証明書等を添付して下さい。 ※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。</p>
(3) 被災者の方に労災保険給付・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・不認定又はじん肺管理区分決定がある場合に必要な書類 【該当する場合必要】			
	⑤支給決定等を受けた事実がわかる資料	<input type="checkbox"/>	<p>請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求をする場合には、労災保険給付・石綿救済法の特別遺族給付金の支給・不支給決定に係る「支給決定通知書」や石綿救済法の救済給付に関する「認定等の結果通知」、じん肺法に基づく「じん肺管理区分決定通知書」などの写しを添付して下さい。 ※お手元に無い場合は提出不要です。</p>
(4) 被災者の方の就業歴及び石綿ばく露作業への従事を証明する資料 【該当する場合必要】			
	⑥被災者の方の就業歴 ・石綿ばく露作業歴のわかる資料	<input type="checkbox"/>	<p>労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた情報を修正する場合には、「労災支給決定等情報」を朱書きで修正した上、当該修正内容を証明できる資料を添付して下さい。 また、労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた情報には記載のない就業歴等を追加する必要がある場合には、当該就業歴等について、就業歴等申告書 (通一様式 3 及び続紙) 及び別紙 (通一様式 3 別紙) を記載し、添付して下さい。 さらに、被保険者記録照会回答票 (年金の加入履歴) などの就業歴や作業歴が確認できる資料を添付して下さい。 当該追記する必要がある就業歴等に中小事業主等・一人親方等の期間を有する場合には、当該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) があれば添付して下さい。</p>

(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【該当する場合必要】			
	⑦石綿関連疾病へのり患がわかる資料	<input type="checkbox"/>	請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求の場合には診断（意見）書（疾病により共-様式 1～5）を添付して下さい。
	⑦-2 診断の根拠となる資料 (り患した疾病にかかわらず必要な資料)	<input type="checkbox"/>	請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求の場合にはエックス線画像、CT画像を添付して下さい。 また、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があれば添付して下さい（検査を行っていない場合は不要です。）。
	⑦-3 診断の根拠となる資料 (中皮腫に罹患している場合に必要な資料)	<input type="checkbox"/>	請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求の場合には病理組織診断報告書、細胞診断報告書を添付して下さい。 ※どちらか1つの報告書は必ず添付して下さい。 また、可能な限り以下の標本も添付して下さい。 病理組織診断報告書の場合：H E 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 診断の根拠となる資料 (石綿肺（※）及びびまん性胸膜肥厚に罹患している場合に必要な資料) ※じん肺管理区分が4又はこれに相当するものに限る	<input type="checkbox"/>	請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求の場合には呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。
	⑦-5 診断の根拠となる資料 (良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料)	<input type="checkbox"/>	請求する区分の疾病が労災支給決定等情報提供サービスにより提供を受けた内容と異なる請求の場合には胸水の検査結果（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、C E A、C Y F R A、A D A、ヒアルロン酸値等）及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）を添付して下さい。
(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資料【該当する場合必要】			
	⑧企業等からの受領金額等のわかる資料	<input type="checkbox"/>	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、判決内容のわかる書類や和解に関する合意書などの写し及び受領年月日のわかる資料の写し等を添付して下さい。
(7) その他の必要な資料			
	⑨資料の日本語訳	<input type="checkbox"/>	【該当する場合必要】 日本語以外で作成された資料がある場合には、必ず添付して下さい。

※提出が不要となっている資料等についても場合によっては、追加で提出を求めることがありますのでご留意願います。

〈厚生労働省への伝達事項〉

提出が必要とされている書類について提出ができない特別な事情がある場合には、下の欄にその旨を記載して下さい。

--

(以上)

年 月 日

(氏 名) 殿

建設アスベスト給付金担当

請求書等の不備・不足に係る返戻について

さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の点が不備・不足のため決定できませんので、
是正の上、 月 日までに折り返し再提出して下さい。

記

※この書面は必ずつけたまま再提出して下さい。

【提出・問い合わせ先】

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

〒●●●-●●●● ●●●●●●●●●●●●

担当者 ●● (TEL ●●-●●●●-●●●●)

年 月 日

(氏 名) 殿

建設アスベスト給付金担当

請求書等の補正について（督促）

月 日付け「請求書の不備・不足に係る返戻について」で通知した請求書等の下記の不備・不足の是正及び再提出が確認できないため、給付金等に係る審査が行えませんので、年 月 日までに折り返し再提出して下さい。

記

※この書面は必ずつけたまま再提出して下さい。

【提出・問い合わせ先】

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

〒●●●●-●●●● ●●●●●●●●●●●●●●●●

担当者 ●●（TEL ●●-●●●●●-●●●●●）

ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

文書その他物件の提出命令書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の認定に関し、必要がありますので、下記により文書その他物件の提出を行うよう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6条第1項の規定に基づき通知します。

記

- 1 提出を命ずる物件の名称及び数量

- ## 2 提出を命ずる物件の提出期限

年 月 日

- ### 3 提出を命ずる物件の提出先

三〇〇〇—〇〇〇

●●●●●●●●●●●●●●●●

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 担当：●●

連絡先 ●●-●●●●-●●●●

- #### 4 その他

提出できない事情がある場合には、上記3 提出を命ずる物件の提出先にご相談ください。

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても裁決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。

ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

受 診 命 令 書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の認定に関し、必要がありますので、下記により医師の診断をうけるよう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6条第1項の規定に基づき通知します。

記

1 診断を受ける医療機関の

名 称

所在地

医師名

2 診療項目

3 受診日 年 月 日より 年 月 日までの間

4 診断費用 請求者の自己負担

5 その他

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても裁決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

また、受診に際しては、本書を受診先の窓口に提示して下さい。

報 告 督 促 書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

貴殿に対し、 年 月 日付け「報告命令書」で命じた下記の報告が未だ行われていない状況にありますので、 年 月 日までに報告を行って下さい。

なお、上記期限までに報告しないときは、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第6条第3項の規定により、貴殿の請求を却下することがあるので、ご承知おきください。

記

1 報告を命じた事項・内容

2 報告の提出先

三三三 - 三三三

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

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 担当：●●

連絡先 ●●-●●●●-●●●●

3 その他

報告は、文書によって行って下さい。報告できない事情がある場合には上記2 報告の提出先にご相談ください。

文書その他物件の提出督促書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

貴殿に対し、 年 月 日付け「文書その他物件の提出命令書」で命じた下記の文書
その他物件の提出が未だ行われていない状況にありますので、 年 月 日までに提出
して下さい。

なお、上記期限までに提出しないときは、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第6条第3項の規定により、貴殿の請求を却下することがあるので、ご承知おきください。

記

- 1 提出を命じた物件の名称及び数量

- ## 2 提出を命じた物件の提出先

[illegible]

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

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 担当：●●

連絡先 ●●-●●●●-●●●●

ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

受 診 督 促 書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

貴殿に対し、 年 月 日付け「受診命令書」で命じた受診が未だ行われていない状況にありますので、あらためて下記により医師の診断を受けるよう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6条第1項の規定に基づき通知します。

なお、下記受診日の期間内に受診しないときは、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第6条第3項の規定により、貴殿の請求を却下することがあるので、ご承知おきください。

記

1 診断を受ける医療機関の

名 称

所在地

医師名

2 診療項目

3 受診日 年 月 日より 年 月 日までの間

4 診断費用 請求者の自己負担

5 その他

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

なお、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても判決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。ただし、判決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

また、受診に際しては、本書を受診先の窓口に提示して下さい。

却 下 通 知 書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

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（以下「法」という。）に基づいて、あなたが請求された給付金等の請求については法第6条第3項の規定によりこれを却下する旨通知します。

請 求 者 氏 名	
被 災 者 氏 名	
却下の理由	

(備考)

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

また、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても判決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。ただし、判決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

認定決定通知書

令和 年 月 日

殿

厚生労働大臣

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（以下「法」という。）に基づいて、あなたが請求された給付金等の支給の権利の認定を下記のとおり決定したので通知します。

給付金等の支給については、法第18条に基づき厚生労働省が給付金の支払に関する事務を委託している独立行政法人労働者健康安全機構から、この認定の決定があった日の翌月月末を目途に、請求の際に指定していただいた口座にお振り込みします。

記

請求者氏名		
被災者氏名		
認定区分（※1）		
給付金等の減額（※1）の有無	従事期間	
	喫煙歴	
給付金額		※2
附款（※1）		給付金等の振込時において請求者が存命であることを認定決定の条件とする。

※1 認定区分、給付金等の減額及び附款については、裏面を参照のこと。

※2 金額については法第4条及び第10条並びに第12条の規定を踏まえて算定した金額となっています。

（備考）

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

また、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても裁決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

認定区分について

認定区分については、法第4条第1項各号に規定された特定石綿被害建設業務労働者等の区分に応じたものとなっており、具体的には以下の表1のとおりです。

(表1)

認定区分	特定石綿被害建設業務労働者等の区分	給付金額
I	石綿肺管理2でじん肺法所定の合併症のない者	550万円
II	石綿肺管理2でじん肺法所定の合併症のある者	700万円
III	石綿肺管理3でじん肺法所定の合併症のない者	800万円
IV	石綿肺管理3でじん肺法所定の合併症のある者	950万円
V	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、良性石綿胸水のある者	1,150万円
VI	上記I及びIIIにより死亡した者	1,200万円
VII	上記II、IV及びVにより死亡した者	1,300万円

給付金等の減額について

1

法第4条第2項（追加給付金の場合には法第10条）において、石綿関連疾病に応じて特定石綿ばく露建設業務に従事した期間が一定の期間を下回る者については給付金等の額に100分の90を乗じた額とすることが定められています。石綿関連疾病ごとの特定石綿ばく露建設業務に従事した期間の基準は以下の表2のとおりです。

(表2)

石綿関連疾病の種類	期間
肺がん又は石綿肺	10年
著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	3年
中皮腫又は良性石綿胸水	1年

2

法第4条第3項（追加給付金の場合には法第10条）において、喫煙の習慣を有した者（肺がんにかかった者に限る。）については、給付金等の額に100分の90を乗じた額とすることが定められています。

3

上記1、2の両方に該当する場合には、上記1により給付金等額に100分の90を乗じた額に、さらに100分の90を乗じることと定められています。

附款について

附款とは主たる意思表示に付される従たる意思表示のことです。本給付金等の認定においては、全ての認定決定が行われた請求者の方に「給付金等の振込時において請求者が存命であることを認定決定の条件とする。」旨の附款を付しています。これは万一給付金等の振込時に請求者がお亡くなりになってしまった場合に本請求に係る取扱を明確にするために付しているものです。

なお、このような場合には、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ができます。

不 認 定 決 定 通 知 書

年 月 日

(氏 名) 殿

厚生労働大臣

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（以下「法」という。）に基づいて、あなたが請求された給付金等の支給の権利を認定しないことと決定したので通知します。

請 求 者 氏 名	
請求書記載の被災者氏名	
不認定の理由	

(備考)

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日から1年を経過した場合は、審査請求をすることはできません。

この処分に対する取消訴訟は、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。ただし、処分のあった日から1年を経過した場合は、提起することができません。

また、厚生労働大臣に対して審査請求をした場合には、この処分に対する取消訴訟は、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（この場合においても裁決を経る前に直ちに取消訴訟を提起することは妨げられません。）。ただし、裁決があった日から1年を経過した場合は、提起することができません。