

## 第1回特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会

令和4年1月31日(月) 14:00~  
厚生労働省専用第15会議室  
(中央合同庁舎5号館12階)

### 【議題】

- (1) 会長の選出
- (2) 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の運営について
- (3) その他

### 【配布資料】

- 資料1 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会委員名簿  
資料2 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会運営規程(案)  
資料3 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の運営方針について(案)  
資料4 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会における審査方針(案)  
参考資料1 関係法令・通知  
参考資料2 パンフレット・様式集

## 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会 委員名簿

(令和 4 年 1 月 31 日現在)

うえ 上	はら 原	たか 隆	し 志	横須賀市立うわまち病院呼吸器内科部長心得	
う 宇	さ 佐	み 美	いく 郁	じ 治	旭労災病院院長
おお 大	ばやし 林	ち 千	ほ 穂	奈良県立医科大学医学部病理診断学講座教授	
くり 栗	はら 原	やす 泰	ゆき 之	聖路加国際病院放射線科部長	
すけ 助	がわ 川	ひろ 弘	み 美	全国社会保険労務士会連合会理事	
だけ 嵩		さやか		東北大学大学院法学研究科教授	
ふか 深	み 見	とし 敏	まさ 正	弁護士 (元東京高等裁判所判事 (部総括))	

計 7 名

(50 音順、敬称略)

## 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会運営規程（案）

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会令（令和三年政令第三百十九号）第五条第一項及び第六項並びに第八条の規定に基づき、この規程を制定する。

## （会議）

第一条 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（以下「審査会」という。）は会長が招集する。

2 会長は、審査会を招集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員並びに議事に関係のある臨時委員及び専門委員に通知するものとする。

3 会長は、議長として審査会の議事を整理する。

## （部会の設置）

第二条 会長は必要があると認めるときは、審査会に諮って部会を設置することができる。

## （諮問の付議）

第三条 会長は、厚生労働大臣から審査を求められたときは、当該審査を部会に付議することができる。

## （部会の議決）

第四条 部会の議決は、会長の同意を得て、審査会の議決とすることができる。

## （会議の公開）

第五条 審査会の会議は、公開とする。ただし、公開することにより、当事者若しくは第三者の権利若しくは利益又は公共の利益を害するおそれがある場合には、会長は、会議を非公開とすることができる。

2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命じるなど必要な措置をとることができる。

## （議事録）

第六条 審査会における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員の氏名
- 三 議事となった事項

2 議事録は公開とする。ただし、公開することにより、当事者若しくは第三者の権利若しくは利益または公共の利益を害するおそれがある場合には、会長は、議事録の全部または一部を非公開とすることができる。

3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とした場合には、会長

は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

(準用規定)

第七条 第一条、第五条から第七条までの規定は、部会に準用する。この場合において、第一条、第五条、並びに第六条第二項及び第三項中「会長」とあるのは「部会長」と、第一条中「委員並びに議事に関係のある臨時委員及び専門委員」とあるのは「当該部会に属する委員並びに議事に関係のある臨時委員及び専門委員」と読み替えるものとする。

(雑則)

第八条 この規程に定めるもののほか、審査会又は部会の運営に関し必要な事項は、それぞれ会長又は部会長が定める。

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の運営方針について（案）

令和〇年〇月〇日

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会長決定

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（以下「審査会」という。）の運営に関し必要な事項を下記のとおり定める。

記

- 1 審査会における審議資料の事前整理を行うため、審査会に専門委員会を置く。
- 2 1に定める専門委員会は、委員のうちから、審議内容に応じて審査会長が指名する者の出席により、開催することができる。
- 3 審査会及び1に定める専門委員会については、個人情報を取り扱うことから非公開とし、会議の終了後、可能な限り速やかに、議事要旨を厚生労働省ホームページに掲載することとする。

以上

## 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会における審査方針（案）

令和〇年〇月〇日  
特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会令（令和3年政令第319号）第8条の規定に基づき、本審査会の審査の方針を以下のとおり定める。

- 本審査会は、審査において、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。）第1条において「損害の迅速な賠償を図る」こととされていることを踏まえ、迅速な処理を目指しつつ、収集した資料等も含めて請求に係る情報を総合的に勘案して、適切な判断を行う。
- 具体的な判断に当たっては、特に就労歴や喫煙の習慣等について、その立証が容易でない場合も想定されるので、同種事例の裁判例も踏まえて、関係者の証言や申述等の内容が、当時の社会状況や被災者が置かれていた状況、収集した資料等から考えて、明らかに不合理でない場合には柔軟に事実を認定する。
- また、特に、損害の迅速な賠償を図る観点から、以下の1及び2については、建設アスベスト訴訟の判決を踏まえ、以下のとおり判断することとする。

1 「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」（法第2条第1項第2号関係）における屋内・屋外の判断について

原則として収集した資料等に基づき個別に判断を行うが、一般的に屋内作業があるとされている下表の職種については、屋内作業に従事していたと判断できるものとする。ただし、下表の職種はあくまで例示であり、収集した資料等により、専ら屋外で行う作業を行っていたなどの事情が確認された場合は、この限りでない。

大工（墨出し、型枠を含む。）、左官、鉄骨工（建築鉄工）、溶接工、ブロック工、軽天工、タイル工、内装工、塗装工、吹付工、はつり、解体工、配管設備工、ダクト工、空調設備工、空調設備撤去工、電気・電気保安工、保温工、エレベーター設置工、自動ドア工、畳工、ガラス工、サッシ工、建具工、清掃・ハウスクリーニング、現場監督、機械工、防災設備工、築炉工
---

2 喫煙の習慣の有無の判断について（法第4条第3項関係）

被災者の喫煙の習慣の有無については、請求者から提出された請求書等から確認されない場合には、喫煙の習慣がなかったものと判断する。ただし、被災者等の聴取書、診療録、健康診断記録等により喫煙習慣が確認された場合は、この限りでない。

以上

## 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の苦痛を受けたことに係る最高裁判決等（※）において、国が労働安全衛生法に基づく権限を行使しなかったことは、労働者の安全及び健康の確保という同法の目的等に照らして著しく合理性を欠くものであるとして、国の責任が認められたことに鑑み、当該最高裁判決等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者について、その損害の迅速な賠償を図るため、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ついて定める

※最高裁判所平成30年（受）第1451号、第1452号令和3年5月17日第一小法廷判決  
最高裁判所平成31年（受）第495号令和3年5月17日第一小法廷判決  
大阪高等裁判所平成28年（ホ）第987号平成30年8月31日第四民事部判決

## 第2 対象者（特定石綿被害建設業務労働者等）

石綿にさらされる建設業務【表1】に従事することにより、石綿関連疾病（※）にかかった労働者又は一人親方等

【表1】

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係る業務
昭和50年10月1日～平成16年9月30日	一定の屋内作業場で行われた作業に係る業務

※石綿関連疾病：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（じん肺管理区分が管理2～4）及び良性石綿胸水

## 第3 給付金の支給等

### ① 給付金の支給

国は、特定石綿被害建設業務労働者等又はその遺族に対し、【表2】の額の給付金を支給

【表2】

1	石綿肺管理2でじん肺法所定の合併症のない者	550万円
2	石綿肺管理2でじん肺法所定の合併症のある者	700万円
3	石綿肺管理3でじん肺法所定の合併症のない者	800万円
4	石綿肺管理3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、石綿肺管理4、良性石綿胸水である者	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 権利の認定等

厚生労働大臣は、請求に基づき、給付金の支給を受ける権利を認定

- ✓ 短期ばく露、喫煙の習慣を有した者（肺がんにかかったものに限る）に係る減額
- ✓ 請求期限：医師の診断時・管理区分の決定時／死亡時から20年
- ✓ 差押禁止、非課税

### ③ 追加給付金の支給

症状が悪化した者に対し、追加給付金（【表2】における区分の差額分）を支給

### ④ 認定審査会

厚生労働大臣は「特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会」の審査の結果に基づき認定

## 第4 基金の設置等

独立行政法人労働者健康安全機構に、支払に要する費用に充てるために「特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金」を設け、給付金等の支払等の業務を行わせる

- 施行期日：公布後1年内で政令で定める日（基金等については、令和4年3月31日までの間で政令で定める日）
- 検討条項：国以外の者による特定石綿被害建設業務労働者等に対する損害賠償その他特定石綿被害建設業務労働者等に対する補償の在り方



# ○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（令和三年法律第七十四号）

## 目次

- 第一章 総則（第一条・第二条）
- 第二章 給付金等の支給（第三条—第十五条）
- 第三章 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（第十六条）
- 第四章 雑則（第十七条—第二十二条）
- 附則

### 第一章 総則

#### （趣旨）

第一条 この法律は、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所平成三〇年（受）第一四五一号、第一四五二号令和三年五月一七日第一小法廷判決及び最高裁判所平成三一年（受）第四九五号令和三年五月一七日第一小法廷判決並びに大阪高等裁判所平成二八年（ネ）第九八七号平成三〇年八月三十一日第四民事部判決において、国が労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）に基づく権限を行使しなかったことは、労働者の安全及び健康の確保という同法の目的等に照らして著しく合理性を欠くものであるとして、国の責任が認められたことに鑑み、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者について、その損害の迅速な賠償を図るため、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ついて定めるものとする。

#### （定義）

第二条 この法律において「特定石綿ばく露建設業務」とは、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、次に掲げる業務をいう。

- 一 石綿の吹付けの作業に係る業務（昭和四十七年十月一日から昭和五十年九月三十日までの間に行われたものに限る。）
- 二 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（昭和五十年十月一日から平成十六年九月三十日までの間に行われたものに限る。）

2 この法律において「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。

- 一 中皮腫
- 二 気管支又は肺の悪性新生物（第四条において「肺がん」という。）
- 三 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚
- 四 石綿肺（じん肺法（昭和三十五年法律第三十号）第四条第二項に規定するじん肺管

理区分（第四条第一項及び第五条第二項において単に「じん肺管理区分」という。）が管理二、管理三若しくは管理四である者又はこれに相当する者に係るものに限る。第四条第二項において同じ。）

## 五 良性石綿胸水

3 この法律において「特定石綿被害建設業務労働者等」とは、次に掲げる者であつ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。

一 労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）第九条に規定する労働者（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。以下この項において「労働者」という。）

二 厚生労働省令で定める数以下の労働者を使用する事業の事業主（事業主が法人その他の団体であるときは、その代表者）

三 前号の事業主が行う事業に従事する者（労働者を除く。）

四 労働者を使用しないで事業を行うことを常態とする者

五 前号に掲げる者が行う事業に従事する者（労働者を除く。）

## 第二章 給付金等の支給

### （給付金の支給）

第三条 国は、この法律の定めるところにより、特定石綿被害建設業務労働者等に対し、給付金を支給する。

2 特定石綿被害建設業務労働者等が死亡したときは、その者の遺族は、自己の名で、その者の給付金の支給を請求することができる。

3 給付金の支給を受けることができる遺族は、特定石綿被害建設業務労働者等の配偶者（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。）、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹とする。

4 給付金の支給を受けるべき遺族の順位は、前項に規定する順序による。

5 給付金の支給を受けるべき同順位の遺族が二人以上あるときは、その一人がした請求は、その全額について全員のためにしたものとみなし、その一人に対してした支給は、全員に対してしたものとみなす。

### （給付金の額）

第四条 給付金の額は、次の各号に掲げる特定石綿被害建設業務労働者等の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 石綿関連疾病により死亡した者 次のイ又はロに掲げる区分に応じ、それぞれイ又はロに定める額

イ ロ以外の者 千三百万円

ロ 石綿肺により死亡した者（じん肺管理区分が管理二若しくは管理三であった者（じん肺法第二条第一項第二号に規定する合併症のうち厚生労働省令で定めるもの（第三号イ(1)及びロ(1)において「指定合併症」という。）にかかった者を除く。）又はこれに相当する者に限る。） 千二百万円

二 前号に掲げるもののほか、中皮腫、肺がん若しくは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、石綿肺にかかった者（じん肺管理区分が管理四である者又はこれに相当する者に限る。）又は良性石綿胸水にかかった者 千百五十万円

三 前二号に掲げるもののほか、石綿肺にかかった者 次のイ又はロに掲げる区分に応じ、それぞれイ又はロに定める額

イ じん肺管理区分が管理三である者又はこれに相当する者 次の(1)又は(2)に掲げる区分に応じ、それぞれ(1)又は(2)に定める額

(1) 指定合併症にかかった者 九百五十万円

(2) (1)以外の者 八百万円

ロ じん肺管理区分が管理二である者又はこれに相当する者 次の(1)又は(2)に掲げる区分に応じ、それぞれ(1)又は(2)に定める額

(1) 指定合併症にかかった者 七百万円

(2) (1)以外の者 五百五十万円

2 特定石綿被害建設業務労働者等であって、第二条第一項各号に規定する期間のうち特定石綿ばく露建設業務に従事した期間が、次の表の上欄に掲げる石綿関連疾病に応じてそれぞれ同表の下欄に定める期間を下回るものに係る給付金の額は、前項の規定にかかわらず、同項各号に定める額に百分の九十を乗じて得た額とする。

肺がん又は石綿肺	十年
著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	三年
中皮腫又は良性石綿胸水	一年

3 特定石綿被害建設業務労働者等（肺がんにかかった者に限る。）であって、喫煙の習慣を有したものに係る給付金の額は、前二項の規定にかかわらず、第一項第一号イ又は第二号に定める額（前項の規定の適用がある場合にあっては、同項の規定による額）に百分の九十を乗じて得た額とする。

（給付金に係る認定等）

第五条 厚生労働大臣は、給付金の支給を受けようとする者の請求に基づき、当該支給を受ける権利の認定を行い、当該認定を受けた者に対し、給付金を支給する。

2 前項の給付金の支給の請求（次条第一項及び第三項並びに第七条第一項において単に「請求」という。）は、石綿関連疾病にかかった旨の医師の診断又は石綿肺に係るじん肺法の規定によるじん肺管理区分の決定（じん肺管理区分が管理二、管理三又は管理四と決定された者に係る決定に限る。）があった日（石綿関連疾病により死亡したときは、その死亡した日）から起算して二十年を経過したときは、することができない。これらの日がこの法律の施行前である場合であって、その日から起算して二十年を経過したときも、同様とする。

（厚生労働大臣による調査）

第六条 厚生労働大臣は、前条第一項の認定（次項及び次条第三項において単に「認定」という。）を行うため必要があると認めるときは、請求をした者（第三項及び次条第一項において「請求者」という。）その他の関係人に対して、報告をさせ、文書その他の物件を提出させ、出頭を命じ、又は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。

- 2 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。
- 3 請求者が、正当な理由がなくて、第一項の規定による報告をせず、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、その請求を却下することができる。

(請求に係る審査)

第七条 厚生労働大臣は、請求を受けたときは、当該請求の内容を特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会に通知し、次に掲げる事項について審査を求めなければならない。

- 一 当該請求に係る請求者（当該請求者が遺族の場合にあっては、当該請求に係る死亡した者。以下この項において同じ。）が特定石綿ばく露建設業務に従事した期間
- 二 当該請求に係る請求者がかかった石綿関連疾病の種類
- 三 当該請求に係る請求者が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
- 四 当該請求に係る請求者の喫煙の習慣の有無

- 2 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会は、前項の規定による審査を求められたときは、同項各号に掲げる事項について審査を行い、その結果を厚生労働大臣に通知しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、前項の規定による通知があった特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の審査の結果に基づき認定を行うものとする。

(関係機関等の協力)

第八条 関係機関その他の公務所又は公私の団体は、第六条第二項の規定による必要な事項の報告を求められたときは、これに協力するよう努めなければならない。

(追加給付金の支給)

第九条 国は、給付金の支給を受けた特定石綿被害建設業務労働者等であって、吸入した石綿により新たに第四条第一項各号（第三号ロ(2)を除く。次条において同じ。）のいずれかに該当するに至ったものに対し、追加給付金を支給する。

- 2 第三条第二項から第五項までの規定は、追加給付金の支給について準用する。

(追加給付金の額)

第十条 追加給付金の額は、第四条第一項各号に掲げる特定石綿被害建設業務労働者等の区分に応じ、同項各号に定める額（同条第二項又は第三項の規定の適用がある場合にあっては、これらの規定による額）から、次の各号に掲げる場合に応じ、それぞれ当該各号に定める額を控除した額とする。

- 一 初めて追加給付金の支給を受ける場合 第三条第一項の規定により支給された給付金の額
- 二 既に追加給付金の支給を受けたことがある場合 第三条第一項の規定により支給された給付金の額及び前条第一項の規定により支給された追加給付金の額の合計額

(追加給付金に係る認定等)

第十一条 厚生労働大臣は、追加給付金の支給を受けようとする者の請求に基づき、当該支給を受ける権利の認定を行い、当該認定を受けた者に対し、追加給付金を支給する。

2 第五条第二項及び第六条から第八条までの規定は、前項の認定について準用する。

(損害賠償との調整)

第十二条 給付金又は追加給付金（以下「給付金等」という。）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、国により損害の填補がされた場合（この法律の施行前に、既に国により損害の填補がされている場合を含む。）においては、国は、その価額の限度において給付金等を支給する義務を免れる。

2 給付金等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、国以外の者により民法（明治二十九年法律第八十九号）その他の法律による損害賠償その他これに類するもの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等の額のうち損害の填補に相当する額として厚生労働省令で定める額の合計額が、支払われるべき給付金等の額の二倍に相当する額を超える場合（この法律の施行前に、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、国は、その超える価額の限度において給付金等を支給する義務を免れる。

3 国が国家賠償法（昭和二十二年法律第二百二十五号）、民法その他の法律による損害賠償の責任を負う場合において、国が給付金等を支給したときは、同一の事由については、国は、その価額の限度においてその損害賠償の責任を免れる。

(不正利得の徴収)

第十三条 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、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ことができる。

2 前項の規定による徴収金の先取特権の順位は、国税及び地方税に次ぐものとする。

(譲渡等の禁止)

第十四条 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。

(非課税)

第十五条 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。

### 第三章 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会

第十六条 厚生労働省に、特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（以下この条において「審査会」という。）を置く。

2 審査会は、この法律の規定によりその権限に属させられた事項を処理する。

3 前二項に定めるもののほか、審査会の組織及び委員その他審査会に関し必要な事項については、政令で定める。

### 第四章 雑則

(戸籍事項の無料証明)

第十七条 市町村（特別区を含む。以下この条において同じ。）の長（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項に規定する指定都市においては、

区長又は総合区長とする。)は、厚生労働大臣又は給付金等の支給を受けようとする者に対して、当該市町村の条例で定めるところにより、給付金等の支給を受けようとする者の戸籍に関し、無料で証明を行うことができる。

(独立行政法人労働者健康安全機構への事務の委託)

第十八条 厚生労働大臣は、給付金等の支払に関する事務を独立行政法人労働者健康安全機構(次条第一項及び第二十条において「機構」という。)に委託することができる。

(特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金)

第十九条 前条の規定により業務の委託を受けた機構は、給付金等の支払業務(以下この項及び次条第一項において「給付金等支払業務」という。)に要する費用(給付金等支払業務の執行に要する費用を含む。次条第一項において同じ。)に充てるため、特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金(次項において「基金」という。)を設ける。

2 基金は、次条第一項の規定により交付された資金をもって充てるものとする。

(交付金)

第二十条 政府は、予算の範囲内において、第十八条の規定により業務の委託を受けた機構に対し、給付金等支払業務に要する費用に充てるための資金を交付するものとする。

2 政府は、前項の規定により機構に対して交付する資金については、必要な財政上の措置を講じて、確保するものとする。

(権限の委任)

第二十一条 この法律に定める厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、その一部を都道府県労働局長に委任することができる。

2 前項の規定により都道府県労働局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、労働基準監督署長に委任することができる。

(厚生労働省令への委任)

第二十二条 この法律に定めるもののほか、給付金等の支給手続その他の必要な事項は、厚生労働省令で定める。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、第三章、第十八条から第二十条まで及び第二十二条並びに附則第五条から第七条までの規定は、令和四年三月三十一日までの間において政令で定める日から施行する。

(検討)

第二条 国は、国以外の者による特定石綿被害建設業務労働者等に対する損害賠償その他特定石綿被害建設業務労働者等に対する補償の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

(住民基本台帳法の一部改正)

第三条 住民基本台帳法(昭和四十二年法律第八十一号)の一部を次のように改正する。

別表第一の六十五の項の次に次のように加える。

六十五の二 厚生労働省	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（令和三年法律第七十四号）による同法第三条第一項の給付金又は同法第九条第一項の追加給付金の支給に関する事務であつて総務省令で定めるもの
-------------	--

（社会保険労務士法の一部改正）

第四条 社会保険労務士法（昭和四十三年法律第八十九号）の一部を次のように改正する。

別表第一第二十号の二十八の次に次の一号を加える。

二十の二十九 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（令和三年法律第七十四号）

（厚生労働省設置法の一部改正）

第五条 厚生労働省設置法（平成十一年法律第九十七号）の一部を次のように改正する。

「過労死等防止対策推進協議会

第六条第二項中「過労死等防止対策推進協議会」を

特定石綿被害建設業務労働者等認定審査

会」

に改める。

第十三条の二の三を第十三条の二の四とし、第十三条の二の二を第十三条の二の三とし、第十三条の二の次に次の一条を加える。

（特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会）

第十三条の二の二 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会については、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（令和三年法律第七十四号）（これに基づく命令を含む。）の定めるところによる。

（独立行政法人労働者健康安全機構法の一部改正）

第六条 独立行政法人労働者健康安全機構法（平成十四年法律第百七十一号）の一部を次のように改正する。

目次中「第十五条」を「第十五条の二」に改める。

第三条中「立替払事業」の下に「、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に対する給付金等の支給に関する法律（令和三年法律第七十四号）第二条第三項に規定する特定石綿被害建設業務労働者等をいう。）に対する給付金の支払」を加える。

第十二条第一項中第八号を第九号とし、第七号の次に次の一号を加える。

八 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三条第一項の給付金の支払及び同法第九条第一項の追加給付金の支払を行うこと。

第十二条の三を次のように改める。

（区分経理）

第十二条の三 機構の経理については、次に掲げる業務ごとに経理を区分し、それぞれ勘定を設けて整理しなければならない。

一 労働者災害補償保険法第二十九条第一項の社会復帰促進等事業として行われる業

務

二 第十二条第一項第八号に掲げる業務

三 前二号に掲げる業務以外の業務

第三章中第十五条の次に次の一条を加える。

（特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金）

第十五条の二 機構は、第十二条第一項第八号に掲げる業務に要する費用（その執行に要する費用を含む。）に充てるために特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金（次項において「基金」という。）を設け、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十九条第二項の規定において充てるものとされる金額をもってこれに充てるものとする。

2 機構は、第十二条第一項第八号に掲げる業務を廃止する場合において、基金に残余があるときは、当該残余の額を国庫に納付しなければならない。

附則第三条第六項中「第十二条の三に規定する」を「第十二条の三第一号に掲げる」に、「もの」を「業務」に改める。

（独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律の一部改正）

第七条 独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律（平成二十七年法律第十七号）の一部を次のように改正する。

附則第十六条第二項中「第十二条の三に規定する」を「第十二条の三第一号に掲げる」に、「もの」を「業務」に改める。

## ○特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会令（令和三年法律第三百十九号）

### （組織）

第一条 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会（以下「審査会」という。）は、委員二十人以内で組織する。

- 2 審査会に、特別の事項を審査させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 3 審査会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

### （委員等の任命）

第二条 委員及び臨時委員は、医療、法律等に関して優れた識見を有する者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

- 2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

### （委員の任期等）

第三条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任されることができる。
- 3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する審査が終了したときは、解任されるものとする。
- 4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。
- 5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。

### （会長）

第四条 審査会に会長を置き、委員の互選により選任する。

- 2 会長は、会務を総理し、審査会を代表する。
- 3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

### （部会）

第五条 審査会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。
- 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
- 5 部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審査会は、その定めるところにより、部会の議決をもって審査会の議決とすることができる。

### （議事）

第六条 審査会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ、会議

を開き、議決することができない。

- 2 審査会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 3 前二項の規定は、部会の議事に準用する。

(庶務)

第七条 審査会の庶務は、厚生労働省労働基準局労災管理課において処理する。

(審査会の運営)

第八条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審査会の運営に関し必要な事項は、会長が審査会に諮って定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この政令は、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附則第一条ただし書に規定する規定の施行の日（令和三年十二月一日）から施行する。

(補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令の一部改正)

- 2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和三十年政令第二百五十五号）の一部を次のように改正する。

第二条中「第五十七号から第百九十五号まで」を「第五十八号から第百九十六号まで」に改め、第百九十五号を第百九十六号とし、第五十七号から第百九十四号までを一号ずつ繰り下げ、第五十六号の次に次の一号を加える。

五十七 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（令和三年法律第七十四号）第二十条第一項の規定による交付金

(厚生労働省組織令の一部改正)

- 3 厚生労働省組織令（平成十二年政令第二百五十二号）の一部を次のように改正する。

第七条第二項中「及び第八号」を「に掲げる事務（労働基準監督官の行う監督に関することを除く。）、同項第八号」に改め、「監督に関すること」の下に「並びに特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金及び特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の庶務に関すること」を加える。

第六十三条中第五号を第七号とし、第二号から第四号までを二号ずつ繰り下げ、第一号の次に次の二号を加える。

二 特定石綿被害建設業務労働者等給付金等支払基金に関すること。

三 特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会の庶務に関すること。

第七十条第二号中「監督に関すること並びに」の下に「労災管理課及び」を加える。

第七十一条第七号中「措置に関すること」の下に「並びに労災管理課の所掌に属するもの」を加える。

## ○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（令和三年厚生労働省令第百八十七号）

（法第二条第一項第二号の厚生労働省令で定めるもの）

第一条 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（令和三年法律第七十四号。以下「法」という。）第二条第一項第二号の厚生労働省令で定めるものは、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とする。

（法第二条第三項第二号の厚生労働省令で定める数）

第二条 法第二条第三項第二号の厚生労働省令で定める数以下の労働者を使用する事業の事業主は、法第七条第一項第一号（法第十一条第二項において準用する場合を含む。）に規定する請求者が法第二条第一項に規定する特定石綿ばく露建設業務に従事していた期間について、その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（昭和三十年労働省令第二十二号）第四十六条の十六に規定する数以下の労働者を使用する事業を行っていた事業主とする。

（法第四条第一項第一号口の厚生労働省令で定めるもの）

第三条 法第四条第一項第一号口の厚生労働省令で定めるものは、じん肺法施行規則（昭和三十五年労働省令第六号）第一条第一号から第五号までに掲げる疾病とする。

（法第十二条第二項の厚生労働省令で定める額）

第四条 法第十二条第二項の厚生労働省令で定める額は、法第三条第一項に規定する給付金（以下「給付金」という。）又は法第九条第一項に規定する追加給付金（以下「追加給付金」という。）から遅延損害金に相当する額を控除した額とする。

（給付金の請求）

第五条 給付金の支給の請求をしようとする者は、次に掲げる事項を記載した請求書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

- 一 請求人の氏名、生年月日、住所又は居所及び電話番号その他の連絡先
- 二 請求人が法第三条第三項に規定する遺族（以下「遺族」という。）の場合にあっては、当該請求に係る死亡した者との関係並びに当該請求に係る死亡した者の氏名及び生年月日
- 三 請求に係る疾病にかかった旨の医師の診断の日又は石綿肺に係るじん肺法（昭和三十五年法律第三十号）第四条第二項に規定するじん肺管理区分の決定（じん肺管理区分が管理二、管理三又は管理四と決定された者に係る決定に限る。）があった日（請求に係る者が法第二条第二項に規定する石綿関連疾病により死亡したときは、その死亡した日）
- 四 請求に係る疾病の名称及び当該疾病により死亡した事実の有無
- 五 請求人（当該請求人が遺族の場合にあっては、当該請求に係る死亡した者をいう。第七号及び次項第六号において同じ。）が、じん肺法の規定に基づきじん肺管理区分が決定された者（じん肺管理区分が管理二、管理三又は管理四と決定された者に限る。）

である場合にあっては、当該決定されたじん肺管理区分

六 労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）に定める保険給付又は石綿による健康被害の救済に関する法律（平成十八年法律第四号）に定める救済給付若しくは特別遺族給付金の認定及び決定等に関する事実

七 請求に係る疾病が肺がんである場合にあっては、請求人の喫煙の習慣の有無

八 請求人（当該請求人が遺族の場合にあっては、当該請求に係る死亡した者及び当該請求人その他の当該死亡した者の相続人をいう。）が同一の事由について、損害賠償その他これに類する給付等を受けたことにより法第十二条第一項又は第二項の損害の填補がされた場合にあっては、その受けた損害賠償その他これに類する給付等の額及び内容等

九 給付金の振込みを希望する金融機関の名称及び口座番号

十 請求年月日

十一 その他参考となるべき事項

2 前項の請求書には、次に掲げる書類その他の資料を添えなければならない。

一 請求人の住民票の写し（外国人にあっては、旅券、住民票その他の身分を証する書類の写し）

二 請求人が遺族の場合にあっては、次に掲げる書類

イ 当該請求に係る者の死亡に関して市町村長（特別区の区長を含むものとし、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市にあっては、区長又は総合区長とする。以下この号において同じ。）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

ロ 当該請求人と当該請求に係る死亡した者との身分関係を証明することができる戸籍の謄本又は抄本

ハ 当該請求人より先順位の者がいないことを認めることができる書類

ニ 当該請求人が当該請求に係る死亡した者と婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を証明することができる書類

三 請求人が従事した法第二条第一項に規定する特定石綿ばく露建設業務に係る事業の名称及び事業場の所在地（当該業務に係る事業が複数ある場合にあっては、その全ての事業の名称及び全ての事業場の所在地）並びに当該事業場ごとの石綿にさらされる業務に従事した期間及びその内容を証明することができる書類

四 請求に係る疾病にかかったことを証明することができる医師の診断書その他の資料

五 前項第五号のじん肺管理区分を証明することができる資料

六 請求人が法第二条第三項各号のいずれかに該当することを明らかにする書類

七 労働者災害補償保険法に基づく保険給付又は石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく救済給付若しくは特別遺族給付金を受けた場合にあっては、その旨を証明することができる資料

八 前項第八号の損害賠償その他これに類する給付等の額及び内容等に関する事実を証

明することができる資料

九 前項第九号の金融機関の名称及び口座番号を明らかにすることができる書類

十 その他請求に係る事実を証明することができる書類その他の資料

(請求人に対する情報の提供)

第六条 厚生労働大臣は、給付金及び追加給付金（以下この条において「給付金等」という。）の支給の請求に係る利便の向上を図るため、給付金等の支給の請求をしようとする者に対し、その求めに応じ、当該請求に必要な情報（労働者災害補償保険法に定める業務災害に関する保険給付及び石綿による健康被害の救済に関する法律の規定に基づく特別遺族給付金に関する決定に係るものに限る。）を提供することができる。

(給付金の認定結果の通知等)

第七条 厚生労働大臣は、法第五条第一項の認定をしたときは、請求人に、その旨及び給付金の額を通知しなければならない。

2 厚生労働大臣は、請求があった場合において、法第五条第一項の認定をしなかったときは、請求人に、その旨を通知しなければならない。

3 厚生労働大臣は、法第六条第三項の規定により請求を却下したときは、請求人に、その旨を通知しなければならない。

(診断書等の提出)

第八条 請求人（当該請求に係る者が死亡した場合を除く。）が、法第六条第一項の規定により医師の診断を受けたときは、当該診断の結果が記載された診断書その他の資料を厚生労働大臣に提出するものとする。

(追加給付金の請求)

第九条 第五条の規定は、追加給付金の支給の請求をしようとする者について準用する。

(追加給付金の認定結果の通知等)

第十条 第七条の規定は、法第十一条第一項の規定による追加給付金の認定及び同条第二項の規定により準用される法第六条第三項の規定による追加給付金の支給の請求の却下について準用する。

(添付書類の省略)

第十一条 厚生労働大臣は、特に必要がないと認めるときは、この省令の規定により請求書に添付することとされている書類の添付を省略させることができる。



基発 0119 第 1 号  
令和 4 年 1 月 19 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年未満のものうち認定審査会が認めたものであること。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（現時点においては独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル（第2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  $\mu$ m 超）
- ③ 乾燥肺重量1 g 当たり 500 万本以上の石綿繊維（1  $\mu$ 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CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT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CT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(%VC)」並びに「1秒率」、「パーセント1秒量」、「動脈血酸素分圧(PaO<sub>2</sub>)」及び「肺泡気動脈血酸素分圧較差(AaDO<sub>2</sub>)」(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(%VC)が60%未満である場合

② パーセント肺活量(%VC)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(PaO<sub>2</sub>)が60Torr以下である場合又は肺泡気動脈血酸素分圧較差(AaDO<sub>2</sub>)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I1（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つては、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つては、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（㊟－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つては、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）（㊟－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)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）（㊟－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つては、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（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)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（㊦一様式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（㊦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、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）（㊦一様式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）（㊦一様式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）（㊦一様式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（㊟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）（㊟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（㊟  
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。

## 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（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こと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いるときは、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 ( $P a O_2$ ) 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 ( $A a D O_2$ ) 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。

肺胞気動脈血酸素分圧較差 (A a D O<sub>2</sub>) 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 O<sub>2</sub>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。

(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。

年 月 日 請求者氏名

## 1. 請求者の情報

フリガナ	生年月日	
請求者氏名	(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	〒 -	
	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"/> 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)	年 月 日	決定した労働基準監督署長 _____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 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)

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		
<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>⑤以下のいずれか（<u>該当するものを選択</u>）</p> <p style="margin-left: 20px;"> <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         </p> <p>⑥以下のいずれかを原因として死亡（<u>該当するものを選択</u>）</p> <p style="margin-left: 20px;"> <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         </p> <p>⑦以下のいずれかを原因として死亡（<u>該当するものを選択</u>）</p> <p style="margin-left: 20px;"> <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         </p>			
（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）		備考（請求期限）※記載不要
	年                      月                      日		
（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）		備考（請求期限）※記載不要
	年                      月                      日		
（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）		備考（請求期限）※記載不要
	年                      月                      日		
（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	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	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"/> MRI <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 <sup>(注)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注1)</sup> <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 <sup>(注2)</sup> 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 <input type="checkbox"/> 有 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

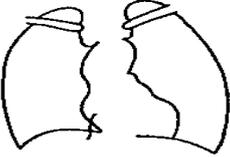
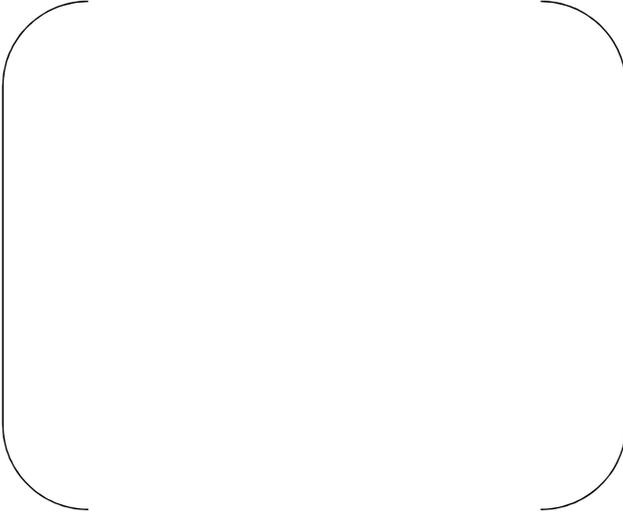
病院  
診療所

医師氏名

印

[石綿肺用]

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	胸部エックス線写真による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	 <p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>2. 写真番号 _____</p> <p>3. 撮影条件 _____ KV _____ mAs</p> <p>増感紙 _____</p>	<p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 2/3 3/3 3/+)</p> <table border="1"> <tr> <th>像</th> <th>区分</th> <th>タイプ</th> </tr> <tr> <td>粒状影</td> <td>/</td> <td>p q r</td> </tr> <tr> <td>不整型陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 ( A B C )</p> <p>ハ. 付加記載事項 ( pl plc co bu ca cv em es px tb )</p> <p>ニ. 胸膜プラーク( 右 左 )</p>	像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整型陰影	/	
	像	区分	タイプ										
	粒状影	/	p q r										
不整型陰影	/												
放射線画像による検査	胸部CT画像による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	<p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>イ. 胸膜下粒状影( 右 左 )</p> <p>ロ. 胸膜下線状影( 右 左 )</p> <p>ハ. 胸膜下分枝状影( 右 左 )</p> <p>ニ. 肺実質内帯状影( 右 左 )</p> <p>ホ. すりガラス陰影( 右 左 )</p> <p>ヘ. 胸膜下楔状影( 右 左 )</p> <p>ト. 小葉内網状影( 右 左 )</p> <p>チ. モザイク状陰影( 右 左 )</p> <p>リ. 蜂窩肺( 右 左 )</p> <p>ヌ. 胸膜プラーク( 右 左 )</p>	<p>2. その他の所見</p> 									
	石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]										
			放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期	年 月 頃									
			石綿肺の確定診断年月日	年 月 日									
肺機能検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1.身 長 _____ m	2.満 年 齢 _____ 歳										
		3.1秒量予測値 _____ l	4.肺活量予測値 _____ l										
		呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査	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)										
		肺 活 量 _____ l	探 血 の 部 位 _____										
		努 力 肺 活 量 _____ l	採血から分析終了までの時間 _____ 分										
1 秒 量 _____ l	酸 素 分 圧 _____ Torr												
1 秒 率 _____ %	炭 酸 ガ ス 分 圧 _____ Torr												
% 1 秒 量 _____ %	肺 泡 気 動 脈 血 酸 素 分 圧 較 差 _____ Torr												
% 肺 活 量 _____ %													
判定 F( - + # )													
<p>※1 スパイロメトリ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。</p> <p>※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)。</p>													

胸部に関する臨床検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	検査実施年月日 年 月 日検査		呼吸困難		I II III IV V	他覚症状	チアノーゼ	+	-		
		自覚症状	せき		+	-	他覚症状	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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[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	結核菌	塗抹 + -		肺結核以外の合併症に関する検査	結核菌	たん	培養 + -	培養 + -	培養 + -	培養 + -
				撮影法( )					年月日	年月日	年月日	
		精密	エックス線特殊撮影	所見		肺結核以外の合併症に関する検査	たん	たん	量	mℓ	mℓ	
				所見					性状			
		検査	赤血球沈降速度	1時間値 mm		肺結核以外の合併症に関する検査	喀痰細胞診	喀痰細胞診	年月日(初日)	年月日	年月日	
				2時間値 mm					所見			
査	ツベルクリン反応	mm × mm		肺結核以外の合併症に関する検査	エックス線特殊撮影	エックス線特殊撮影	撮影法	撮影法	撮影法	撮影法		
							所見	らせんCT、その他( )				
その他の所見												
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 <sup>(注)</sup> 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、該当する口にレ印を付けて下さい。											
	鑑別除外診断	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"/>	好酸球性肺炎	<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"/>	癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺リンパ脈管筋腫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<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"/>			
	膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	血管炎	<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"/>									
	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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : Torr] ※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)。	
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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

## 診断 (意見) 書

[良性石綿胸水用]

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 月 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

就業履歴等申告書 (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			
事業場名		全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間		吹付作業 (※)	
番号							屋内作業 (※)
1	年 月 ~ 年 月	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	年 月	年 月	
3	年 月 ~ 年 月	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	年 月	年 月	
5	年 月 ~ 年 月	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		小計②		続紙 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○印等のチェックを付けて下さい。		小計①と②の合計 <small>※続紙がない場合は、小計①の値を転記して下さい。</small>		年 月		年 月	

記載性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。

(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9月30日までの吹付作業期間合計	年 月	基準	該当
②昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計	年 月	肺がん・石綿肺	10年未満 <input type="checkbox"/>
①、②の合計	年 月	びまん性胸膜肥厚	3年未満 <input type="checkbox"/>
		中皮腫、良性石綿胸水	1年未満 <input type="checkbox"/>

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					
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	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 (※)		
	番号	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②		小計①		年	月	年	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○印等の欄に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。

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		※就業歴等申告書(通一様式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 (事業場名)	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)
	(所在地)  (事業概要)  (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 月 年 月 ～ ( 年 月 月 ) ( 年 月 月 )	職種  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	<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>

※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 ・ その他 ( )

住所・所在地: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

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いた場合があります。

(通) - 様式 2 - 1)

**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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
	①請求書	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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 又は成年後見人等であることを証明する書類等	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【必須】</b>			
	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また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。
<b>(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</b>			
	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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"/>	<b>【必須】</b> 死亡診断書また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。
	⑤事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 住民票(続柄に「妻(未婚)」等と表示されているもの)の写し、民生委員発行の事実婚証明書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)

<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、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【原則不要】</u></p>		
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。
<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>		
⑦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"/>	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。 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。 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【原則必要】</p> <p>※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 また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。</p>		
⑧石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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。
⑧-2 診断の根拠となる資料 (罹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。)
⑧-3 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"/>	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: 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
⑧-4 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"/>	呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。
⑧-5 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"/>	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。

(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を受け取っている場合に必要資料【原則不要】		
	⑨企業等からの受領金額等のわかる資料	<input type="checkbox"/> <p>企業等から損害賠償金や和解金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。</p>
(7) その他の必要資料		
	⑩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	<p style="text-align: center;"><b>【必須】</b></p> <p>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の口座をご指定下さい。</p>
	⑪資料の日本語訳	<p style="text-align: center;"><b>【原則不要】</b></p> <p>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。</p>

※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

(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。

年 月 日

請求者氏名

## 1. 請求者の情報

フリガナ	生年月日	
請求者氏名	(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	〒 -	
	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"/> 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)	年 月 日	決定した労働基準監督署長 _____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 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)

3. 請求に関する情報

② - 様式 1 - 2

今回請求する区分 【                      】		※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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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													
前回の認定区分 【                      】		※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				年		月		日					
前回給付金額								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)				備考（請求期限）※記載不要							
		年		月		日							
(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)				備考（請求期限）※記載不要							
		年		月		日							
(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)				備考（請求期限）※記載不要							
		年		月		日							
(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 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

（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	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		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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
①	請求書	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(0) 労災支給決定等情報提供サービス【原則不要】</b>			
	☆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。
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【原則必要】</b>			
※請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請者または給付金請求(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または戸籍記載事項証明書の内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)

<b>(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【原則必要】</b>			
※③及び⑤については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。			
	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	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"/>	死亡診断書また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。
	⑤事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	住民票（続柄に「妻（未婚）」等と表示されているもの）の写し、民生委員発行の事実婚証明書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。
<b>(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【原則不要】</b>			
	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については不要です。
<b>(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】</b>			
※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 また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石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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 <u>(罹患した疾病にかかわらず必要な資料)</u>	<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 <u>(中皮腫に罹患している場合に必要資料)</u>	<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
	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 罹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 罹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。

(次のページにお進み下さい)

(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類【必須】			
	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。
(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】			
	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"/>	<b>【必須】</b> 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の口座をご指定下さい。
	⑪資料の日本語訳	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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、追加で提出を求められ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。

年 月 日

請求者氏名

## 1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名		(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	〒 - 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"/> 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)	年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 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 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)

3. 請求に関する情報

①(特) - 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		
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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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)	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	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		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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
①請求書		<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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(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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(0) 労災支給決定等情報提供サービス【必須】</b>			
☆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。
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【原則不要】</b>			
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また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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
	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"/>	<b>【必須】</b> 死亡診断書また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。
	⑤事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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被災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住民票(続柄に「妻(未婚)」等と表示されているもの)の写し、民生委員発行の事実婚証明書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。
(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 <b>【原則不要】</b>			
	⑥支給決定等を受けた事実がわかる資料	<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。
(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 <b>【原則不要】</b>			
	⑦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"/>	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-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。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。

(次のページにお進み下さい)

<b>(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【原則不要】</b>		
	⑧石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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。
	⑧-2 診断の根拠となる資料 (罹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。)
	⑧-3 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: 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
	⑧-4 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。
	⑧-5 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、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。
<b>(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】</b>		
	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。
<b>(7) その他の必要な資料</b>		
	⑩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"/> <b>【必須】</b> 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原則、請求者本人の口座をご指定下さい。
	⑪資料の日本語訳	<input type="checkbox"/> <b>【原則不要】</b> 日本語以外で作成された資料がある場合には、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、追加で提出を求められることがありますので留意願います。

〈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 ●●-●●●●●-●●●●●)







## 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掲示して下さい。



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  
知おさください。

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

〒●●●-●●●

●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

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 ●●-●●●●-●●●●

出 頭 命 令 書 (再通知)

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、下記により出頭す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、下記日時に出頭しないときは、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 出頭を命ずる理由

2 日時

年 月 日 ( ) 時

3 場所、担当者

〒●●●● - ●●●●

●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

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 聴取する事項

5 持参するもの

本状

6 その他

やむを得ない事情で当日出頭できない場合には、あらかじめ担当者に連絡して下さい。

この処分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。

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表示して下さい。

## 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

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12条第●項に基づき算定した金額となっています。

(備考)

この処分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  
 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	
被 災 者 氏 名	
不認定の理由	

(備考)

この処分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。

# 建設アスベスト給付金制度 の概要

<b>I 建設アスベスト給付金制度の概要</b> .....	1
1 支給対象となる方.....	1
(1) 特定石綿ばく露建設業務に従事したこと.....	1
(2) (1)の業務に従事したことにより石綿関連疾病にかかったこと.....	1
(3) 労働者や一人親方等であったこと(またはその遺族であること).....	2
2 給付金の額.....	3
(1) 原則の金額.....	3
(2) 減額・調整.....	3
3 請求期限.....	4
4 追加給付金.....	4
5 その他の規定.....	5
(1) 譲渡等の禁止・非課税.....	5
(2) 不正利得の徴収.....	5
<b>II 参考事項</b> .....	6
1 石綿を含む建材の例.....	6
2 建設業の主な石綿ばく露作業の例.....	7
3 石綿関連疾病の詳細.....	8
4 給付金の請求について.....	11
5 各種制度の紹介.....	12

<この手引きの利用にあたって>

- このパンフレットは、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」)について主な内容を取りまとめたものです。
- 建設アスベスト給付金の請求書の記入方法等については、以下をご覧ください。
  - ・ 給付金の支給の請求(労災支給決定等情報提供サービスをご利用された方)  
**建設アスベスト給付金請求の手引き①<<労災支給決定等情報提供サービスをご利用の方へ>>**
  - ・ 給付金の支給の請求(労災支給決定等情報提供サービスをご利用でない方)  
**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>>**
  - ・ 追加給付金の支給の請求  
**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>>**
- 労災保険の支給決定等を受けた後であれば、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。

# I 建設アスベスト給付金制度の概要

## 1. 支給対象となる方

以下の（１）～（３）の全てを満たす方が、給付金の対象です。

### （１）特定石綿ばく露建設業務に従事したこと

「特定石綿ばく露建設業務」は、日本国内で行った石綿にさらされる建設業務（※１）のうち、以下【表１】の業務です。

【表１】特定石綿ばく露建設業務

期間	業務
昭和47年10月1日～昭和50年9月30日	石綿の吹付けの作業に関する業務
昭和50年10月1日～平成16年9月30日	屋内作業場（※２）で行われた作業に関する業務

#### ※１ 建設業務

以下①～③の作業に関する業務です。

- ① 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊または解体の作業
- ② ①の準備の作業
- ③ ①②の作業に付随する作業（現場監督の作業を含みます。）

なお、石綿を含む建材の例や、建設業の主な石綿ばく露作業の例については、6～7ページをご覧ください。

#### ※２ 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です。

### （２）（１）の業務に従事したことにより石綿関連疾病にかかったこと

「石綿関連疾病」は、石綿を吸入することにより発生する、以下【表２】の疾病です。（詳細については8ページを参照してください）

【表２】石綿関連疾病

- ・ 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（じん肺管理区分が管理２～４であるもの・これに相当するものに限りません）
- ・ 良性石綿胸水

※石綿による疾病は、石綿を吸ってから長い潜伏期間の後に発症することが大きな特徴です。（中皮腫：20～50年、肺がん：15～40年）

### (3) 労働者や一人親方等であったこと（またはその遺族であること）

以下の①～⑤のいずれかである必要があります。

#### ① 労働者

労働基準法第9条に規定する労働者です。

※以下の方は対象外です。

- ・同居の親族のみを使用する事業または事務所に使用される方
- ・家事使用人

#### ② 中小事業主

特定石綿ばく露建設業務に従事していた当時、【表3】の数以下の労働者（常時雇用労働者）を使用していた事業主です。

【表3】

時期	主たる事業	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	50人	50人	300人
S48.10.15～H11.12.2		50人	50人	100人	300人
H11.12.3～現在		50人	100人	100人	300人

#### 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方です。

#### ④ 家族従事者等

以下のいずれかである方です。

- ・中小事業主が行う事業に従事する家族従事者等（①の労働者を除く。）  
具体的には、家族従事者や、中小事業主が法人などの場合の代表者以外の役員が当てはまります。
- ・一人親方が行う事業に従事する家族従事者等（①の労働者を除く。）  
具体的には、家族従事者などが当てはまります。

#### ⑤ 遺族

①～④のいずれかの方が死亡した場合の遺族です。

なお、給付金の支給対象となる遺族は、

- 配偶者（内縁の方を含みます。）
- 子
- 父母
- 孫
- 祖父母
- 兄弟姉妹

のうち、番号が最も若い方です。

## 2. 給付金の額

### (1) 原則の金額

給付金の額は、以下【表4】のとおりです。

【表4】

1	石綿肺管理2で、じん肺法所定の合併症(※)のない方	550万円
2	〃 合併症のある方	700万円
3	石綿肺管理3で、じん肺法所定の合併症のない方	800万円
4	〃 合併症のある方	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方	1,150万円
6	上記1、3により死亡した方	1,200万円
7	上記2、4、5により死亡した方	1,300万円

※「じん肺法所定の合併症」とは、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、続発性気胸のことです。

### (2) 減額・調整

#### ① 短期ばく露による減額

特定石綿ばく露建設業務に従事した期間が以下に当てはまる方は、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

#### ② 喫煙の習慣による減額（肺がんのみ）

喫煙の習慣があった被災者は、給付金の10%が減額されます（肺がんの場合のみ）。

なお、①「短期ばく露による減額」、②「喫煙の習慣による減額」のいずれにも当てはまる場合は、給付金の19%が減額されます。

$$[ 100\% - (100\% \times 0.9 \times 0.9) = 19\% ]$$

### ③ 損害賠償との調整

- **同一の事由について、国から損害賠償等がされた場合**

その金額の限度で、給付金が減額されます。

- **同一の事由について、国以外の者から損害賠償等がされた場合**

国以外の者（建材メーカーなど）から損害賠償や見舞金などが支払われた場合は、その金額により給付金が減額されることがあります。

## 3. 請求期限

給付金は、以下の日を過ぎたときは請求できなくなりますので、ご注意ください。

- **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
- ・ 石綿肺についてのじん肺管理区分の決定（管理2～4のみ）があった日

- **被災者が石綿関連疾病により死亡した場合**

死亡した日から起算して20年

## 4. 追加給付金

### （1）対象となる方

次の①から④の全てを満たす方が対象です。

- ①すでに給付金の支給を受けていること
- ②被災者が、吸入した石綿により症状が重くなったなどにより、【表4】の区分が変わったこと
- ③請求期限を過ぎていないこと（「3. 請求期限」参照）
- ④請求者が、労働者・中小事業主・一人親方・家族従事者等・遺族（2ページ参照）のいずれかに当てはまること

### （2）金額

新たに当てはまった【表4】の区分の給付金額と、すでに受けた給付金額との差額を支給します。

※減額・調整も、給付金と同様に行います。

## 5. その他の規定

### (1) 譲渡等の禁止・非課税

- 給付金・追加給付金の支給を受ける権利は、譲渡したり、担保にしたり、差し押さえたりすることができません。
- 税金はかかりません。

### (2) 不正利得の徴収

偽りや不正により給付金を受けた場合は、その給付金の全部または一部が徴収されます。

## II 参考事項

### 1. 石綿を含む建材の例

#### (1) 石綿を含む屋根材（スレート屋根）

一般住宅の彩色スレート屋根



工場・倉庫などの波型スレート屋根



#### (2) 石綿セメント管

石綿水道管



雨水桶用石綿パイプ



#### (3) 吹付材

吹付け石綿



吹付け石綿（青石綿）



#### (4) 石綿を含むボード（内装材）

石綿を含む天井板・石綿を含む内壁



※これらはあくまで一例です。

## 2. 建設業の主な石綿ばく露作業の例

### (1) 切断作業

波型スレート切断作業



石綿ケイカル板切断作業



### (2) 左官作業

モルタル投入作業

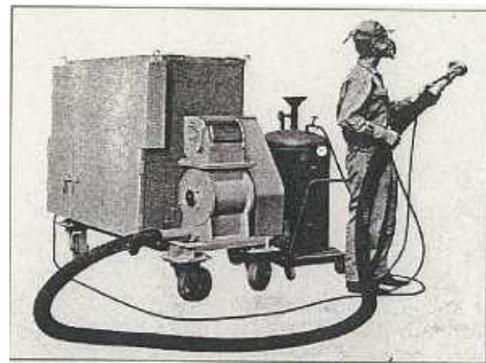


### (3) 吹付作業

石綿を含む耐火被覆の吹付作業



石綿吹付機の例



### (4) その他の作業

設備工事に伴う石綿ケイカル板開削



耐火被覆用石綿板の貼付け



※これらはあくまで一例です。

また、屋内作業場で行っている場合が対象となりますので、ご注意ください。

### 3. 石綿関連疾病の詳細

給付金等の支給対象となる石綿関連疾病は、以下のとおりです。

なお、これを満たさない場合も、総合的な判断で支給対象と認められることがありますので  
労災保険相談ダイヤル（電話:0570-006031/詳細は裏表紙に記載）にお問い合わせください。

番号	疾病名	内容
1	中皮腫	<p>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、心膜または精巣鞘膜の中皮腫であって、じん肺法に定める胸部エックス線写真の像の区分（第1～4型）または石綿ばく露作業従事期間が、<u>以下①、②のいずれかに該当する場合</u>、石綿関連疾病と認められます。</p> <p>ただし、最初の石綿ばく露作業（労働者として従事したものに限りません）を開始したときから10年未満で発症したものは除きます。</p>
		<p><b>①胸部エックス線写真で、第1型以上の石綿肺所見がある</b></p>
		<p><b>②石綿ばく露作業従事期間（特定石綿ばく露建設業務に関する作業に限りません。以下同じ。）1年以上</b></p>
		<p>※中皮腫は診断が困難な疾病であるため、認定に当たっては、病理組織検査結果に基づき、中皮腫であるとの確定診断がなされていることが重要ですが、病理組織検査が実施できない場合には、臨床検査結果、画像所見、臨床経過、他疾患との鑑別などを総合して判断されます。</p>
2	肺がん	<p>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」（原発性とは、他の部位から肺に転移したものではないという意味）であって、<u>以下①から⑥のいずれかに該当する場合</u>、石綿関連疾病と認められます。</p> <p>ただし、最初の石綿ばく露作業（労働者として従事したものに限りません）を開始したときから10年未満で発症したものは除きます。</p>
		<p><b>①石綿肺所見がある（※）</b></p> <p>※じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺所見をいいます。</p>
		<p><b>②胸膜プラーク所見がある＋石綿ばく露作業従事期間10年以上（※）</b></p> <p>※石綿製品の製造工程における作業については平成8年以降の従事期間を実際の従事期間の1/2として算定します。</p>
		<p><b>③広範囲の胸膜プラーク所見がある（※）＋石綿ばく露作業従事期間1年以上</b></p> <p>※広範囲の胸膜プラークとは…</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆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画像によりその陰影が胸膜プラークとして確認される場合</li> <li>◆胸部CT画像で、胸膜プラークの広がり胸壁内側の1/4以上ある場合</li> </ul>

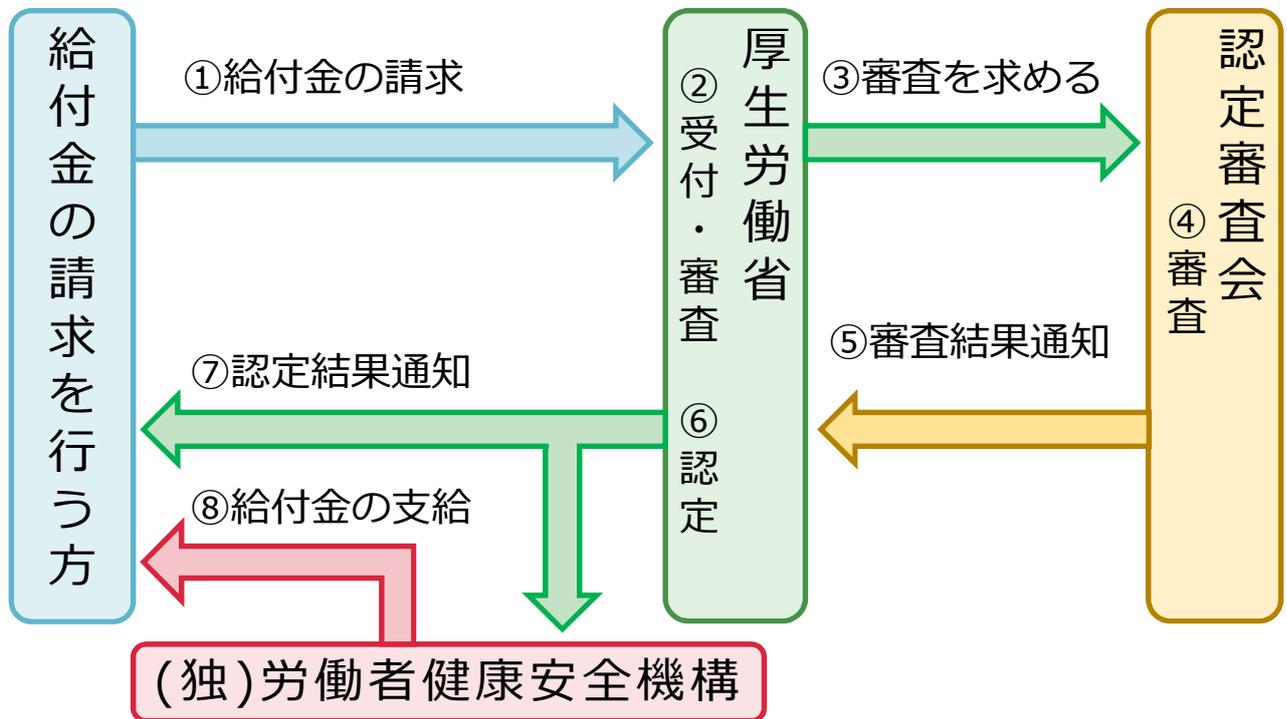
番号	疾病名	内容
2	肺がん ※前ページからの続き	<p><b>④石綿小体または石綿繊維（※）の所見＋石綿ばく露作業従事期間1年以上</b></p> <p>※石綿小体または石綿繊維の所見については、以下のいずれかに当てはまる必要があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆石綿小体が乾燥肺重量1g当たり5,000本以上ある</li> <li>◆石綿小体が気管支肺胞洗浄液1ml中に5本以上ある</li> <li>◆5μmを超える大きさの石綿繊維が乾燥肺重量1g当たり200万本以上ある</li> <li>◆1μmを超える大きさの石綿繊維が乾燥肺重量1g当たり500万本以上ある</li> <li>◆肺組織切片中に石綿小体または石綿繊維がある</li> </ul>
		<p><b>⑤びまん性胸膜肥厚に併発</b></p> <p>以下に示すびまん性胸膜肥厚の内容を満たすものに限りします。</p>
		<p><b>⑥特定の作業（※1）に従事＋石綿ばく露作業従事期間（※2）5年以上</b></p> <p>※1「特定の作業」とは…</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆石綿紡織製品製造作業 ◆石綿セメント製品製造作業 ◆石綿吹付作業</li> </ul> <p>※2「従事期間」とは…</p> <p>※1の作業のいずれかに従事した期間、またはそれらを合算した期間です。ただし、平成8年以降の従事期間は、実際の従事期間の1/2として算定します。</p>
3	著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	<p>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、肥厚の広がり下記の一定の基準に該当し、著しい呼吸機能障害を伴うもので、石綿ばく露作業従事期間が3年以上ある場合（以下①～③の全てを満たす場合）に、石綿関連疾病と認められます。</p>
		<p><b>①石綿ばく露作業3年以上</b></p>
		<p><b>②著しい呼吸機能障害がある</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆パーセント肺活量（%VC）が60%未満である場合 など</li> </ul>
		<p><b>③一定以上肥厚の広がりがある</b></p> <p>胸部CT画像上に</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆片側のみ肥厚がある場合 → 側胸壁の1/2以上</li> <li>◆両側に肥厚がある場合 → 側胸壁の1/4以上</li> </ul>

番号	疾病名	要件
4	石綿肺	<p>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疾病であって、じん肺法に規定するじん肺管理区分（管理1～4）に基づき、以下①、②のいずれかに当てはまる場合、石綿関連疾病と認められます。</p>
		<p><b>①管理2、管理3、管理4の石綿肺（石綿肺によるじん肺症）</b></p>
		<p><b>②管理2、管理3、管理4の石綿肺に合併した疾病</b>            ※合併した疾病とは、次の疾病です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆肺結核</li> <li>◆結核性胸膜炎</li> <li>◆続発性気管支炎</li> <li>◆続発性気管支炎拡張症</li> <li>◆続発性気胸</li> </ul>
5	<p><b>良性石綿胸水</b></p>	<p>胸水は、石綿以外にもさまざまな原因（結核性胸膜炎、リウマチ性胸膜炎など）で発症するため、良性石綿胸水の診断は、石綿以外の胸水の原因を全て除外することにより個別に判断を行います。</p>

## 4. 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。

### (2) 給付金の請求の手続き

給付金の請求に必要な書類をそろえ、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。)

(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」を参照してください。)

〒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

## 5. 各種制度の紹介

### (1) 労災保険制度

労災保険制度は、仕事が原因となって生じた負傷、疾病、障害を被った労働者や、お亡くなりになった労働者のご遺族に対して保険給付などがなされる制度です。

石綿による健康被害に関しては、現在雇用されている方や過去に雇用されていた方が、業務上石綿にさらされたことにより石綿肺、肺がん、中皮腫など、石綿との関連が認められる疾病にかかり、そのために療養したり、休業したり、あるいは不幸にしてお亡くなりになった場合に、業務災害として労働基準監督署長から認定を受ければ、労災保険の給付を受けられます。

労災保険で受けられる保険給付は次のものがあります。

①	療養（補償）給付	療養の給付または療養の費用の支給
②	休業（補償）給付	休業4日目から休業1日につき給付基礎日額の60%支給
③	傷病（補償）給付	年金給付
④	障害（補償）給付	年金または一時金支給
⑤	介護（補償）給付	介護費用支給
⑥	遺族（補償）給付 及び葬祭料（葬祭給付）	遺族に年金または一時金及び葬祭料の支給

労災保険給付を受けるためには、その病気が仕事が原因で発病したものであると労働基準監督署長から認定を受ける必要があります。

労災保険制度の詳しい内容については、最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署にお問い合わせください。

労働基準監督署の所在地については、厚生労働省のホームページに掲載されています。

### (2) 特別遺族給付金（特別遺族年金・一時金）

石綿健康被害救済制度により、労災補償を受けずにお亡くなりになった労働者の遺族に対する救済措置として、特別遺族給付金が設けられました。対象となるのは、石綿を原因とした疾病でお亡くなりになった労働者（特別加入者を含む）のご遺族で、時効により労災保険法に基づく遺族補償給付の支給を受ける権利がなくなった人です。対象者には、特別遺族年金（遺族1人の場合240万円/年）または特別遺族一時金が支給されます。

なお、特別遺族給付金の請求期限は令和4年3月27日となります。

特別遺族給付金については、最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署にお問い合わせください。

### (3) 石綿健康被害救済制度

石綿健康被害救済制度は、石綿による健康被害の特殊性から、石綿による健康被害を受けられた方及びそのご遺族の方で、労災補償等の対象とならない方に対し迅速な救済を図ることを目的として「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づき創設されました。

この特殊性とは、中皮腫や肺がんといった石綿による健康被害が長い潜伏期間を経て発症することから、原因者の特定が非常に難しいことを指しています。

この法律に基づき、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病（中皮腫、肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚）にかかり現在療養されている方、これらの疾病に起因してお亡くなりになった方のご遺族が申請・請求をすることができます。

救済給付の内容は以下のとおりです（ケースにより給付内容は異なります）。

①	医療費	指定疾病に関する医療費の自己負担分
②	療養手当	103,870 円/月（治療に伴う医療費以外の費用負担に対する給付）
③	葬祭料	199,000円（指定疾病が原因でお亡くなりになった認定患者の葬祭に伴う費用負担に対する給付）
④	救済給付調整金	被認定者が指定疾病が原因でお亡くなりになるまでに給付を受けた医療費と療養手当の合計が特別遺族弔慰金の額に満たない場合に、被認定者のご遺族に支給される給付
⑤	特別遺族弔慰金	2,800,000 円（指定疾病が原因でお亡くなりになった方のご遺族に対する給付）
⑥	特別葬祭料	199,000円（指定疾病が原因でお亡くなりになった方の葬祭に伴う費用負担に対する給付）

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。

# 建設アスベスト給付金

## 請求の手引き ①

《労災支給決定等情報提供サービスをご利用の方へ》

## 目 次

<b>I 給付金の請求について</b> .....	1
1 給付金制度のしくみ.....	1
2 給付金の請求の手続き.....	1
<b>II 給付金の請求に必要な書類</b> .....	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）被災者の方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.....	13
（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.....	20
（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.....	21
（7）その他の必要な資料.....	21

### <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](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/kensetsu_kyufukin.html)

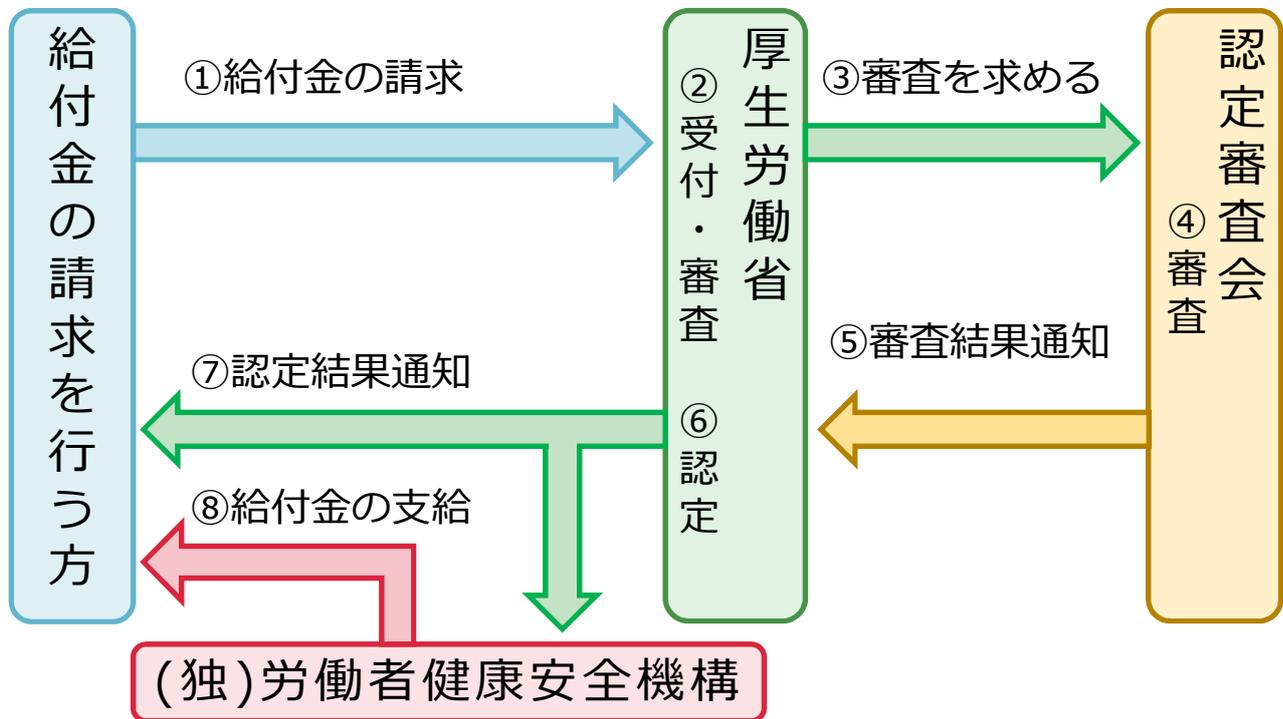


- 請求期限経過後に請求を行った方や、支給要件に該当しない方に対しては、支給されません。
- 労災保険の支給決定等を受けた後であれば、本給付金等の認定審査を迅速に行うことができる場合がありますので、本給付金等の請求に先んじて労災保険給付の請求をご検討ください。

# 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。（前ページの<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。

※労災認定等情報提供サービスを受けていない場合や、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《労災支給決定等情報提供サービスをご利用でない方へ》」
- パンフレット「建設アスベスト給付金請求の手引《追加給付金を請求される方へ》」をご覧ください。

番号	書類の種類	提出の可否	☐欄
1 基礎資料			
①	請求書 (→4ページ)	<b>必須</b>	<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)	<b>原則不要</b> ※以下の場合には必要です。 ・請求者が、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でない場合、または申請時と同一住所でない場合 ・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場合	<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)	<b>必須</b>	<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)	<b>原則不要</b> ※以下のいずれかの場合には必要です。 ・請求者が、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でない場合 ・申請時と同一住所でない場合	<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 (→11ページ)	<b>原則不要</b> ※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、請求者が最先順位の遺族であることが確認できない場合には必要です。	<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) (→12ページ)	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
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)	<b>原則不要</b> ※請求者が、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でなく、かつ、被災者の事実上の配偶者である場合には必要です。	<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			
⑥	支給決定等を受けた事実が分かる資料 (→13ページ)	<b>原則不要</b> ※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は必要です。	<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			
⑦	被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料 (→13ページ)	<b>原則不要</b> ※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は必要です。	<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			
⑧	石綿関連疾病への罹患が分かる資料 (→20ページ)	<b>原則不要</b> ※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は必要です。	<input type="checkbox"/>
⑧-2	罹患した疾病にかかわらず必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑧-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑧-4	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"/>
⑧-5	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			
⑨	企業等からの受領金額の分かる資料 (→21ページ)	<b>原則不要</b> ※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 (→21ページ)	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
⑪	資料の日本語訳 (→21ページ)	<b>原則不要</b> ※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」(特-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 (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	1234
---------------------	------

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。

令和4年2月1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	(明治・大正 昭和 平成・令和)
請求者氏名	厚生 花子	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	(明治・大正 昭和 平成)
被災者氏名	厚生 太郎	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)	平成24年 8月 16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

以下は、労災支給決定等情報提供サービスの通知書（以下「通知書」）に記載された情報のおりに請求を行う場合の記入方法です。

**通知書に記載されていない事項を追加して請求する場合、その事項を裏付ける資料の提出が必要になります。**（2～3ページ参照）

通知書右上の ※  の欄に記載の番号を記入してください。

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
- ・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。「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括弧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。

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、○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」の欄には、**通知書の4「被災者との続柄」**に記載された内容を転記してください。

※その他の方が請求する場合は、その請求者と被災者との続柄を記入してください。  
（その請求者が上記○の番号が最も小さい方であることを示す資料が必要です。）

「支給決定あり」にをしてください。

「決定年月日」、「決定した労働基準監督署長」の欄は、それぞれ、**通知書の「2 労災保険等の決定状況」**の「決定年月日」、「決定した労働基準監督署長」の欄を転記してください。（「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

(特) - 様式 1 - 2

請求する区分 【 ⑦ 】		※以下の①～⑦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 checked="" 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)	備考（請求期限）※記載不要	
	24年 1月 13日		
(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)	備考（請求期限）※記載不要	
	年 月 日		
(全ての請求区分)			
じん肺管理区分決定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	合併症の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (疾病名: 続発性気管支炎) <input type="checkbox"/> 無
じん肺管理区分決定年月日	(昭和 平成 令和)	備考（請求期限）※記載不要	
※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	20年 5月 13日		
(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。

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。  
(通知書の「2 労災保険等の決定状況」の「罹患した疾病名」に合致するもの)  
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)

上記「請求する区分」で⑥または⑦を選んだ場合は、**通知書**の「1 被災者の情報」の「(亡くなっている場合)死亡年月日」の欄を転記してください。

上記「請求する区分」で①～⑤を選んだ場合は、**通知書**の「2 労災保険等の決定状況」の「疾病の診断日」の欄を転記してください。

**通知書**の「2 労災保険等の決定状況」の「罹患した疾病名」が石綿肺の場合、「じん肺管理区分決定の有無」「合併症の有無」について当てはまる項目を☑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」から選んでください。

**通知書**の「2 労災保険等の決定状況」の「じん肺管理区分決定日」の欄を転記してください(記載がない場合は不要です)。

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、**通知書**の「3 喫煙の習慣に関する情報」の「喫煙の習慣の有無」「1日の喫煙本数」「喫煙期間」を転記してください。

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	東京地方	事件番号	平成●●年(7) 第●●●号	原告番号	999
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	ユウチヨ	金融機関コード	
金融機関名	ゆうちょ	銀行	信用金庫
		その他 ( )	9900
フリガナ	セ`ロセ`ロイチ	支店コード	
支店名	〇〇一	本店	支店
		支所	出張所
			001
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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
	22. 4. 1 作成 事務代理者	社会保険労務士 (東京都社会保険労務士会) 社労士 太郎	(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。

※現時点で請求中または訴訟継続中の場合は不要です。

請求者本人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

※以下の場合には必要です。

- ・ 請求者が、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でない場合、または申請時と同一住所でない場合
- ・ 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

各種の添付書類の省略（2～3ページ参照）が受けられなくなりますので、通知書を受け取った方は必ず提出してください。

### (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）

##### 原則不要

※以下のいずれかの場合は必要です。

- ・請求者が、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でない場合
- ・申請時と同一住所でない場合

##### ●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

##### 原則不要

※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戸籍謄本等で、請求者が最先順位の遺族であることが確認できない場合には必要です。

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。

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）

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、労災支給決定等情報提供サービス申請者と同一でなく、かつ、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。

### (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

※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必要です。

- ・ 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」
- ・ 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

#### ⑦ 被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料

##### 原則不要

※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必要です。

##### ● 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

「労災支給決定等情報」を朱書きで修正した上、その修正内容を証明できる資料を添付してください。

##### ● 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場合

その就業歴等について、就業歴等申告書 (通) 様式 3 と続紙) および別紙 (通) 様式 3 別紙) を記入し、提出してください。(記入要領は、14ページ以降にあります。)

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提出してください。

その追記する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。

# ● 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)

1枚目 / 2枚中

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	

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	(有)●●製紙	昭和38年 4月 ~ 昭和48年 8月 10年 4ヶ月	昭和40年 4月 ~ 昭和42年 4月 2年 0ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	(有)●●運送	昭和48年 9月 ~ 昭和50年 9月 2年 0ヶ月	年月 ~ 年月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	(株)■●建築	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 5年 2ヶ月	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 5年 2ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	(株)◆●建築	昭和56年 3月 ~ 昭和64年 1月 7年 10ヶ月	昭和56年 3月 ~ 昭和64年 1月 7年 10ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	(厚生内装 (一人親方))	平成2年 1月 ~ 平成8年 7月 5年 6ヶ月	平成2年 1月 ~ 平成8年 7月 5年 6ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) のとおり・別紙 4枚		小計①	20年 6ヶ月	続紙 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○印等のチェックを付けて下さい。

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。

25年 11ヶ月

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。

(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9月30日までの吹付作業期間合計 年 月 日	疾病名 肺がん・石綿肺
②昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計 年 月 日	基準 10年未満 3年未満 1年未満
①、②の合計	

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。

- ・通知書「5 就労歴及び石綿ばく露作業従事期間等に関する情報」に記載の就業歴
- ・通知書同欄に記載されていない、認定を求める就業歴

の**いづれについても**記入してください。

- ※記入方法はいずれの場合でも同じです。
- ※「石綿ばく露作業従事期間」がない就業歴であっても記入してください。
- ※右の【特定石綿ばく露建設業務】以外の期間の就業歴も記入してください。
- ※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16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」のある就業歴であって、**通知書**に記載のないものは、**①様式3**)を作成する必要がありますが(→18ページ)、その作成した**①様式3**)の枚数を記入してください。

**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。)

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)

**通知書「5 就労歴および石綿ばく露作業従事期間等に関する情報」**の「吹付け作業への該当・非該当」「屋内作業への該当・非該当」で該当とされている場合は、○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）**

2枚目 / 2枚中

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 <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	
被災者氏名 厚生 太郎			

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 (※)
		平成8年 8月 9日	平成15年 9月 1日	平成14年 1月 5日			
6	(株)※土建	平成8年 8月 9日	平成15年 9月 1日	平成14年 1月 5日	平成8年 8月 9日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
				小計②	5年 5ヶ月		

就業歴

(※) 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。

14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。  
(14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（14～15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。

※作成の必要があるのは、**通知書**には記載のない就業歴等を追加する場合のみです。

※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）  
4枚 / 4枚

**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	3	※就業歴等申告書（通一様式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。			
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
<b>株●●●●●●●●●●</b> (所在地) 東京都千代田区 霞が関●●●●●●●●●● (事業概要) 内装工事業	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 (5年2ヶ月間)	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 2月 (5年2ヶ月間)	職種 <b>大工</b> 種類 下記のA~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)」(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（使用のスレートなど）を用いて行っている状態に、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。 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 ②作業箇所の屋内・屋外の別 (※) : <b>屋内</b>	
※屋根を有し、周囲の半分以上が外壁等しるへい物に囲まれ、外気の流通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ため、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 石綿の吹付作業 ウ 石綿製品の切断等の加工作業 エ 石綿製品が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、工作物の増設、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 被災者との関係 事業主 (同僚・その他) 住所 東京都千代田区霞が関●●●●●●●●●● 電話番号 03-●●●●●●●●●● 役職・氏名 代表取締役 厚労 四郎					
※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「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。					

追加したい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く場合があります。

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）様式3（14ページ）や続紙（通）様式3続紙（16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

### 原則不要

※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必要です。

### ⑧ 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

### ⑧-2～5 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
⑧-2	罹患した疾病に関わらず必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エックス線画像、CT画像</li> <li>・ 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）</li> </ul>
⑧-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。）</li> <li>・ 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</li> </ul>
⑧-4	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"> <li>・ 呼吸機能検査結果報告書</li> </ul>
⑧-5	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"> <li>・ 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）</li> </ul>

## (6) 企業等から損害賠償金や和解金を受け取っている場合に 必要な資料

### 原則不要

※企業等から損害賠償金や和解金を受け取っている場合には必要です。

### 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。  
なお、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。

# 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》

## 目 次

<b>I 給付金の請求について</b> .....	1
1 給付金制度のしくみ.....	1
2 給付金の請求の手続き.....	1
<b>II 給付金の請求に必要な書類</b> .....	2
1 基礎資料（請求書等）.....	4
2 添付資料.....	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）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.....	13
（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.....	20
（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.....	21
（7）その他の必要な資料.....	21

### <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](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/kensetsu_kyufukin.html)

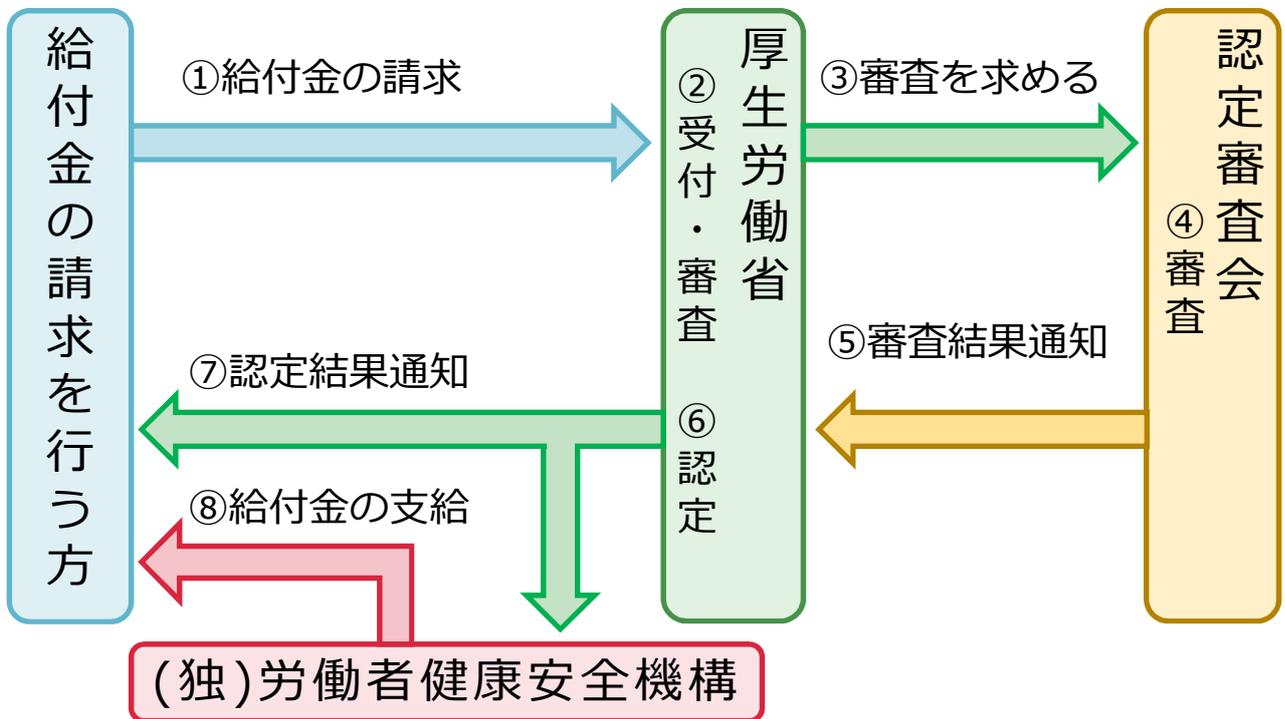


- 請求期限経過後に請求を行った方や、支給要件に該当しない方に対しては、支給されません。
- 労災保険の支給決定等を受けた後であれば、本給付金等の認定審査を迅速に行うことができる場合がありますので、本給付金等の請求に先んじて労災保険給付の請求をご検討ください。

# 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。（前ページの<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。

番号	書類の種類	提出の要否	☐欄
<b>1 基礎資料</b>			
①	請求書（→4ページ）	<b>必須</b>	<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）	<b>原則不要</b> ※任意代理人や法定代理人が請求を行う場合は必要です。	<input type="checkbox"/>
<b>2 添付資料</b>			
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類</b>			
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）	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
<b>(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。</b>			
③	戸籍謄本等（→11ページ）	<b>必須</b>	<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）	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
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）	<b>原則不要</b> ※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。	<input type="checkbox"/>
<b>(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</b>			
⑥	支給決定等を受けた事実が分かる資料（→13ページ）	<b>原則不要</b> ※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"/>

番号	書類の種類	提出の要否	<input checked="" type="checkbox"/> 欄
(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			
⑦	被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料 (→13ページ)	<b>必須</b>	<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			
⑧	石綿関連疾病への罹患が分かる資料 (→20ページ)	<b>原則必要</b>  ※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"/>
⑧-2	罹患した疾病にかかわらず必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑧-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
⑧-4	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"/>
⑧-5	良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料		<input type="checkbox"/>
	診断の根拠となる資料 (↓20ページ)		
(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 (→21ページ)	<b>原則不要</b> ※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 (→21ページ)	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
⑪	資料の日本語訳 (→21ページ)	<b>原則不要</b> ※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」(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。

令和4年 2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ヤ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	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"/> 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"/> 不支給決定あり	
	<input type="checkbox"/> 請求予定又は請求中	<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。「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括弧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。

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、○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がなくても、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 【 ⑤ 】		※以下の①～⑦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 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)	備考 (請求期限) ※記載不要	
	年 月 日		
(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)	備考 (請求期限) ※記載不要	
	29年 4月 26日		
(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)	備考 (請求期限) ※記載不要	
	年 月 日		
(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  
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。

上記「請求する区分」で①～④を選んだ場合、または⑤～⑦のうち石綿肺に関するものを選んだ場合は、

- ・「じん肺管理区分決定の有無」「合併症の有無」について当てはまる項目を☑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	氏名	電話番号
	22. 1. 18 作成 事務代理者	社会保険労務士 (東京都社会保険労務士会) 社労士 太郎	(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。

※現時点で請求中または訴訟継続中の場合は不要です。

請求者本人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を行う場合は必要です。

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

### (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

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

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。

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）

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。

### (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

※以下の決定・認定等がある場合は必要です。

- ・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」
- ・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

#### ⑦ 被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料

請求者がその就業歴等について、就業歴等申告書 (通) 様式 3 と続紙) および別紙 (通) 様式 3 別紙) を記入し、提出してください。(記入要領は、14ページ以降にあります。)

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提出してください。

その追記する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。

# ● 就業歴等申告書 (通-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-様式3)

## 就業歴等申告書 (通常請求用)

1枚目 / 2枚中

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

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	(有)●●製紙	昭和38年 4月 ~ 昭和48年 8月 10年 4ヶ月	昭和40年 4月 ~ 昭和42年 4月 2年 0ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	(有)●●運送	昭和48年 9月 ~ 昭和50年 9月 2年 0ヶ月		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	(株)■●建築	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 5年 2ヶ月	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 5年 2ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	(株)◆●建築	昭和56年 3月 ~ 昭和64年 1月 7年 10ヶ月	昭和56年 3月 ~ 昭和64年 1月 7年 10ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	(厚生内装 (一人親方))	平成2年 1月 ~ 平成8年 7月 5年 6ヶ月	平成2年 1月 ~ 平成8年 7月 5年 6ヶ月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		小計①	20年 6ヶ月	小計②	

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 4枚を付けて下さい。

(※) 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②の合計

※総数がない場合は、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。

(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9月30日までの吹付作業期間合計 年 月 日	疾病名 肺がん・石綿肺
②昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計 年 月 日	基準 10年未満 3年未満 1年未満
①、②の合計	疾病名 中皮腫、良性石綿胸水

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。

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16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**）様式3別紙）を作成する必要がありますが（→18ページ）、その作成した別紙の枚数を記入してください。

**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。）

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）

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)**

フリガナ **コウセイ タロウ**

被災者氏名 **厚生 太郎**

生年月日 **昭和18年 12月 31日**

疾病名 **2枚目 / 2枚中**

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

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 (※)
<b>6</b>	<b>(株)※土建</b>	<b>平成8年 8月 ~ 平成15年 9月</b>	<b>7年 1ヶ月</b>	<b>平成8年 8月 ~ 平成14年 1月</b>	<b>5年 5ヶ月</b>		<input type="radio"/>
		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②				<b>5年 5ヶ月</b>	

(※) 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。

14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。  
(14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（14～15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）  
4枚 / 4枚

**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）同様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	3	※就業歴等申告書（通一様式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。		備考
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）
(事業種別) <b>株●●●建築</b> (所在地) 東京都千代田区 霞が関●●● (事業種別) 内装工事業	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 12月 ( 5年 2ヶ月間 )	昭和50年 10月 ~ 昭和55年 2月 ( 5年 2ヶ月間 )	職種 <b>大工</b> 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、どのような作業材料等（使用のスプレー剤など）を用いて行った作業に、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。 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 ②作業箇所の屋内・屋外の別 (※) : 屋内
※屋根を有し、周囲の半分以上が外壁等しへい物に囲まれ、外気の流通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ため、屋内と評価しうるのは屋内と見なします。 (石綿ばく露作業の種類) ア 石綿の吹付作業 ウ 石綿製品の切断等の加工作業 エ 石綿製品が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、工作物の増築、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 被災者との関係 住所 東京都千代田区霞が関●●● 電話番号 03-●●●●●●●● 役職・氏名 代表取締役 厚労 四郎				
※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く場合があります。

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）様式3（14ページ）  
や続紙（通）様式3続紙（16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。)

### ⑧ 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

### ⑧-2～5 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
⑧-2	罹患した疾病に関わらず必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エックス線画像、CT画像</li> <li>・ 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)</li> </ul>
⑧-3	中皮腫に罹患している場合に必要な資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。)</li> <li>・ 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：パパニコウ染色標本</li> </ul>
⑧-4	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"> <li>・ 呼吸機能検査結果報告書</li> </ul>
⑧-5	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"> <li>・ 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)</li> </ul>

## (6) 企業等から損害賠償金や和解金を受け取っている場合に 必要な資料

### 原則不要

※企業等から損害賠償金や和解金を受け取っている場合には必要です。

### 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。  
なお、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。

# 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

<b>I 追加給付金の請求について</b> .....	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
<b>II 追加給付金の請求に必要な書類</b> .....	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](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/kensetsu_kyufukin.html)

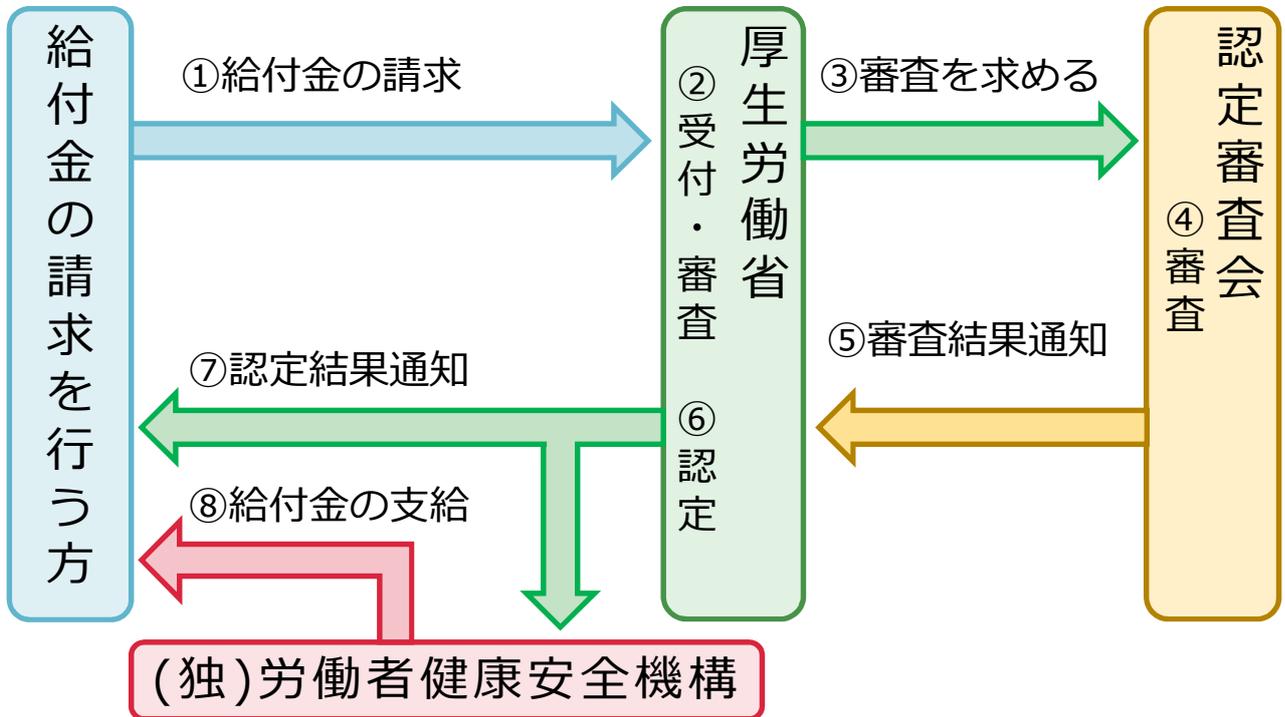


- 請求期限経過後に請求を行った方や、支給要件に該当しない方に対しては、支給されません。

# 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）	<b>必須</b>	<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）	<b>原則不要</b> ※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）	<b>原則不要</b> ※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）	<b>原則必要</b> ※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）	<b>原則必要</b> ※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）	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
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）	<b>原則不要</b> ※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"/>

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			
⑥	支給決定等を受けた事実が分かる資料 (→13ページ)	<b>原則不要</b> ※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)	<b>原則必要</b> ※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"/>
	診断の根拠となる資料 (↓15ページ)		
(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)	<b>必須</b>	<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)	<b>原則不要</b> ※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)	<b>必須</b>	<input type="checkbox"/>
⑪	資料の日本語訳 (→16ページ)	<b>原則不要</b> ※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。「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括弧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。

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 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  
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）

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。

上記「請求する区分」で②～④を選んだ場合、または⑤～⑦のうち石綿肺に関するものを選んだ場合は、

- ・「じん肺管理区分決定の有無」「合併症の有無」について当てはまる項目を☑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。

請求者本人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）

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**

※以下の場合には提出が必要です。

**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
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"> <li>・エックス線画像、CT画像</li> <li>・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）</li> </ul>
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"> <li>・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。）</li> <li>・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</li> </ul>
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"> <li>・呼吸機能検査結果報告書</li> </ul>
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"> <li>・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）</li> </ul>

## (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。  
なお、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。

# 建設アスベスト給付金

## 請求書等の様式集

《労災支給決定等情報提供サービス利用者用》

目次		
様式名	様式番号	様式集のページ
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)	特-様式1-1~3	1
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-様式2-1~3	4
就業歴等申告書(通常請求用)	通-様式3・続紙・別紙	7
診断(意見)書 【中皮腫用】	共-様式1	10
診断(意見)書 【肺がん用】	共-様式2	11
診断(意見)書 【石綿肺用】	共-様式3	12 (両面)
診断(意見)書 【びまん性胸膜肥厚用】	共-様式4	13
診断(意見)書 【良性石綿胸水用】	共-様式5	14

各様式はキリトリ線で切りとって使用して下さい。



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。

年 月 日 請求者氏名

1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名		(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	〒 - 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)	年 月 日	決定した労働基準監督署長 _____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"/> 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)	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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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（ <u>該当するものを選択</u> ） <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)	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	円	弁護士費用その他

5. 振込を希望する金融口座 (※請求者本人名義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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
①請求書	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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（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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。	
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(0) 労災支給決定等情報提供サービス【必須】</b>			
☆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。	
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【原則不要】</b>			
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また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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
	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"/>	<b>【必須】</b> 死亡診断書また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。
	⑤事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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被災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住民票(続柄に「妻(未婚)」等と表示されているもの)の写し、民生委員発行の事実婚証明書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。
(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 <b>【原則不要】</b>			
	⑥支給決定等を受けた事実がわかる資料	<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。
(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 <b>【原則不要】</b>			
	⑦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"/>	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-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。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。

(次のページにお進み下さい)



(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【原則不要】		
	⑧石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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。
	⑧-2 診断の根拠となる資料 (罹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。)
	⑧-3 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: 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
	⑧-4 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。
	⑧-5 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、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。
(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】		
	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。
(7) その他の必要な資料		
	⑩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"/> <b>【必須】</b> 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原則、請求者本人の口座をご指定下さい。
	⑪資料の日本語訳	<input type="checkbox"/> <b>【原則不要】</b> 日本語以外で作成された資料がある場合には、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、追加で提出を求められることがありますので留意願います。

〈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)



就業履歴等申告書 (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	
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	
事業場名	全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間		
番号	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
1	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	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	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
3	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	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	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月
5	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	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		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○印等のチェックを付けて下さい。

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 年 月

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。

(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9月30日までの吹付作業期間合計	年 月 日	基連	該当
②昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計	年 月 日	10年未満	<input type="checkbox"/>
①、②の合計	年 月 日	3年未満	<input type="checkbox"/>
		1年未満	<input type="checkbox"/>

短期	疾病名	基連	該当
ばく	肺がん・石綿肺	10年未満	<input type="checkbox"/>
く	びまん性胸膜肥厚	3年未満	<input type="checkbox"/>
露	中皮腫、良性石綿胸水	1年未満	<input type="checkbox"/>



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		
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
		小計②				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。				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・所在地 事業概要・雇用等形態 (事業場名)	全在籍期間	石綿ばく露作業 従事期間	年	月	年			
(所在地)  (事業概要)  (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 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月間)	年 月 ~ 年 月 ( 年 ヶ月間)	年 月	年 月	<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 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	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 な建築材料等 (雇用のスレート材など) を用いて行っていった際に、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。  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、耐火破覆材等の張付け、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 石綿製品が破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。

証明者 被災者との関係 : 事業主 ・ 同僚 ・ その他 ( )

住所・所在地 :

電話番号 :

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いた場合があります。



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。				備考
事業場名・所在地 事業概要・雇用等形態 (事業場名)	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)		
(所在地)  (事業概要)  (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 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	年 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	職種  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	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 な建築材料等(雇用のスレート材など)を用いて行って行った際に、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。	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、耐火破覆材等の張付け、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 石綿製品が破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。

証 明 者 被 災 者 と の 関 係 : 事 業 主 ・ 同 僚 ・ そ の 他 ( )

住 所 ・ 所 在 地 :

電 話 番 号 :

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。



## 診断 (意見) 書

[中皮腫用]

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"/> MRI <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 <sup>(注)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注1)</sup> <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、その広がりが胸壁内側の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 <sup>(注2)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

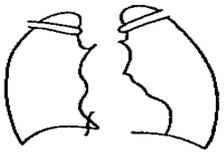
医師氏名

印



診断 (意見) 書

[石綿肺用]

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	胸部エックス線写真による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	 <p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>2. 写真番号 _____</p> <p>3. 撮影条件 _____ KV _____ mAs _____</p> <p>増感紙 _____</p>		<p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+)</p> <table border="1"> <tr><th>像</th><th>区分</th><th>タイプ</th></tr> <tr><td>粒状影</td><td>/</td><td>p q r</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 ( A B C )</p> <p>ハ. 付加記載事項 ( pl plc co bu ca cv em es px tb )</p> <p>ニ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>		像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/	
	像	区分	タイプ												
	粒状影	/	p q r												
不整形陰影	/														
放射線画像による検査	胸部CT画像による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	<p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>イ. 胸膜下粒状影( 右 左 )</p> <p>ロ. 胸膜下線状影( 右 左 )</p> <p>ハ. 胸膜下分枝状影( 右 左 )</p> <p>ニ. 肺実質内帯状影( 右 左 )</p> <p>ホ. すりガラス陰影( 右 左 )</p> <p>ヘ. 胸膜下楔状影( 右 左 )</p> <p>ト. 小葉内網状影( 右 左 )</p> <p>チ. モザイク状陰影( 右 左 )</p> <p>リ. 蜂窩肺( 右 左 )</p> <p>ヌ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>		<p>2. その他の所見</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%;"></div>										
	石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]												
		放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期		年 月 頃											
		石綿肺の確定診断年月日		年 月 日											
肺機能検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1.身 長 _____ m		2.満 年 齢 _____ 歳											
		3.1秒量予測値 _____ l		4.肺活量予測値 _____ l											
		呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査		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)											
		肺 活 量 _____ l		採 血 の 部 位 _____											
		努 力 肺 活 量 _____ l		採血から分析終了までの時間 _____ 分											
1 秒 量 _____ l		酸 素 分 圧 _____ Torr													
1 秒 率 _____ %		炭 酸 ガ ス 分 圧 _____ Torr													
% 1 秒 量 _____ %		肺 胞 気 動 脈 血 酸 素 分 圧 較 差 _____ Torr													
% 肺 活 量 _____ %															
判定 F( - + ++ )															
<p>※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。</p> <p>※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)。</p>															

胸部に関する臨床検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	検査実施年月日 年 月 日検査		他覚症状	チアノーゼ	+	-			
		自覚症状	呼吸困難		I II III IV V	ばち状指	+		-	
			せき		+	-	副雑音		+	- (部位 )
			たん		+	-			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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[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 + -	塗抹 + -
		結核	結核菌	塗抹	+ -		たん	年 月 日	塗抹	+ -
				培養	+ -				年 月 日	年 月 日
		精密	エックス線特殊撮影	撮影法( )			たん	量	mℓ	mℓ
				所見				性状		
				所見				年 月 日 (初日)	年 月 日	
		検査	赤血球沈降速度	1時間値	mm		痰細胞診	所見		年 月 日
2時間値	mm			年 月 日	年 月 日					
ツベルクリン反応	mm × mm			撮影法	らせんCT、その他( )					
その他の所見										
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 <sup>(注)</sup> 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"/>	好酸球性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	心不全		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎		<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"/>		
	膠原病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌		<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"/>		
	サルコイドーシス		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症		<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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : Torr] ※1 スパイロメトリ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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

# 建設アスベスト給付金

## 請求書等の様式集

《通常請求用》

目次		
様式名	様式番号	様式集のページ
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)	通-様式1-1~3	1
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)	通-様式2-1~3	4
就業歴等申告書(通常請求用)	通-様式3・続紙・別紙	7
診断(意見)書 【中皮腫用】	共-様式1	10
診断(意見)書 【肺がん用】	共-様式2	11
診断(意見)書 【石綿肺用】	共-様式3	12 (両面)
診断(意見)書 【びまん性胸膜肥厚用】	共-様式4	13
診断(意見)書 【良性石綿胸水用】	共-様式5	14

各様式はキリトリ線で切りとって使用して下さい。



## 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。

年 月 日

請求者氏名

## 1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名		(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	〒 - 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"/> 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)	年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 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 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)







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	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	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 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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
①	請求書	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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 又は成年後見人等であることを 証明する書類等	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【必須】</b>			
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また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。
<b>(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</b>			
③	戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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	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"/>	<b>【必須】</b> 死亡診断書また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。
⑤	事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 住民票（続柄に「妻（未婚）」等と表示されているもの）の写し、民生委員発行の事実婚証明書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)



<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【原則不要】</u></p>		
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。
<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>		
⑦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"/>	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。 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。 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【原則必要】</p> <p>※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 また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。</p>		
⑧石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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。
⑧-2 診断の根拠となる資料 <u>(罹患した疾病にかかわらず必要な資料)</u>	<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。)
⑧-3 診断の根拠となる資料 <u>(中皮腫に罹患している場合に必要な資料)</u>	<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: 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
⑧-4 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罹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"/>	呼吸機能検査結果報告書を添付して下さい。
⑧-5 診断の根拠となる資料 <u>(良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料)</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。

(次のページにお進み下さい)



<b>(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【原則不要】</b>		
	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。
<b>(7) その他の必要資料</b>		
	⑩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	<b>【必須】</b> 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の口座をご指定下さい。
	⑪資料の日本語訳	<b>【原則不要】</b> 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)



### 就業履歴等申告書 (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	
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	事業場名	全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間	
	番号	年 月 月	年 月 月	年 月 月	年 月 月
	1	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月
	2	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月
	3	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月
	4	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月
5	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 月	年 月 月 ~ 年 月 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		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○印等のチェックを付けて下さい。

小計①と②の合計	年 月 月
※続紙がない場合は、小計①の値を転記して下さい。	

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。

(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9月30日までの吹付作業期間合計	年 月 月	基準	該当
②昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計	年 月 月	10年未満	<input type="checkbox"/>
①、②の合計	年 月 月	3年未満	<input type="checkbox"/>
		1年未満	<input type="checkbox"/>

短期	疾病名	基準	該当
ばく	肺がん・石綿肺	10年未満	<input type="checkbox"/>
く	びまん性胸膜肥厚	3年未満	<input type="checkbox"/>
露	中皮腫、良性石綿胸水	1年未満	<input type="checkbox"/>







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。				備考
事業場名・所在地 事業概要・雇用等形態 (事業場名)	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	
(所在地)  (事業概要)  (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 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	年 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	職種  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	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 な建築材料等(雇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。	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、耐火破覆材等の張付け、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 石綿製品が破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。

証 明 者 被 災 者 と の 関 係 : 事 業 主 ・ 同 僚 ・ そ の 他 ( )

令 和 年 月 日

住 所 ・ 所 在 地 :

電 話 番 号 :

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。



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。				備考
事業場名・所在地 事業概要・雇用等形態 (事業場名)	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	
(所在地)  (事業概要)  (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 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	年 月 ～ 年 月 ( 年 月間)	職種  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	石綿ばく露の状況 (作業の具体的内容・取扱建材等)  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 な建築材料等(雇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。		

※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、耐火破覆材等の張付け、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 石綿製品が破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。

証 明 者 被 災 者 と の 関 係 : 事 業 主 ・ 同 僚 ・ そ の 他 ( )

住 所 ・ 所 在 地 :

電 話 番 号 :

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。



[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"/> MRI <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 <sup>(注)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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]
胸膜ブランク 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ブラン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ブランクとして確認されるもの <sup>(注1)</sup> <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上で胸膜ブランクを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜ブランクが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記には該当しない胸膜ブランク	
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 <sup>(注2)</sup> 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) 胸膜ブラン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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

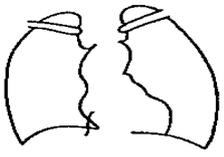
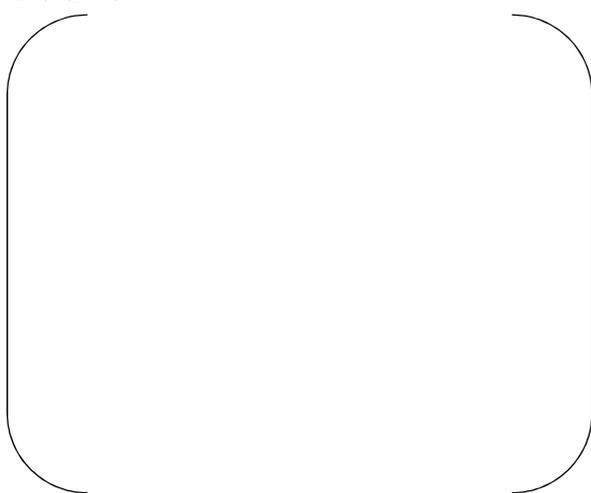
医師氏名

印



診断 (意見) 書

[石綿肺用]

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	放射線画像による検査	胸部エックス線写真による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	 <p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>2. 写真番号 _____</p> <p>3. 撮影条件 _____ KV _____ mAs _____</p> <p>増感紙 _____</p>	<p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+)</p> <table border="1"> <tr><th>像</th><th>区分</th><th>タイプ</th></tr> <tr><td>粒状影</td><td>/</td><td>p q r</td></tr> <tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 ( A B C )</p> <p>ハ. 付加記載事項 ( pl plc co bu ca cv em es px tb )</p> <p>ニ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>	像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/	
		像	区分	タイプ										
		粒状影	/	p q r										
不整形陰影	/													
胸部CT画像による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	<p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>イ. 胸膜下粒状影( 右 左 )</p> <p>ロ. 胸膜下線状影( 右 左 )</p> <p>ハ. 胸膜下分枝状影( 右 左 )</p> <p>ニ. 肺実質内帯状影( 右 左 )</p> <p>ホ. すりガラス陰影( 右 左 )</p> <p>ヘ. 胸膜下楔状影( 右 左 )</p> <p>ト. 小葉内網状影( 右 左 )</p> <p>チ. モザイク状陰影( 右 左 )</p> <p>リ. 蜂窩肺( 右 左 )</p> <p>ヌ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>	<p>2. その他の所見</p> 											
石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]												
		放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期		年 月 頃										
		石綿肺の確定診断年月日		年 月 日										
肺機能検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1.身 長 _____ m		2.満 年 齢 _____ 歳										
		3.1秒量予測値 _____ l		4.肺活量予測値 _____ l										
		呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査		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)										
		肺 活 量 _____ l		採 血 の 部 位 _____										
		努 力 肺 活 量 _____ l		採血から分析終了までの時間 _____ 分										
1 秒 量 _____ l		酸 素 分 圧 _____ Torr												
1 秒 率 _____ %		炭 酸 ガ ス 分 圧 _____ Torr												
% 1 秒 量 _____ %		肺 胞 気 動 脈 血 酸 素 分 圧 較 差 _____ Torr												
% 肺 活 量 _____ %														
判定 F( - + ++ )														
<p>※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。</p> <p>※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)。</p>														

胸部に関する臨床検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	検査実施年月日 年 月 日検査		他覚症状	チアノーゼ	+	-				
		自覚症状	呼吸困難		I II III IV V	ばち状指	+		-		
			せき		+ -	副雑音	+		- (部位 )		
			たん		+ -	その他					
心悸亢進	+ -										
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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[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	結核菌	塗抹 + -		たん	培養 + -	年月日	培養 + -	年月日	培養 + -
				培養 + -							
		精密	エックス線特殊撮影	撮影法( )		たん	年月日	量	ml	年月日	ml
				所見			性状				
							年月日(初日)	年 月 日			
		検査	赤血球沈降速度	1時間値 mm		エックス線特殊撮影	所見	年月日	年 月 日		
2時間値 mm	撮影法			らせんCT、その他( )							
ツベルクリン反応 mm×mm	所見										
その他の所見											
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 <sup>(注)</sup> 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"/>	好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎	<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"/>				
		膠原病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌	<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"/>				
		サルコイドーシス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症	<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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : Torr] ※1 スパイロメトリ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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

# 建設アスベスト給付金

## 請求書等の様式集

《追加請求用》

### 目次

様式名	様式番号	様式集のページ
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)	追-様式1-1~3	1
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)	追-様式2-1~3	4
診断(意見)書 【中皮腫用】	共-様式1	7
診断(意見)書 【肺がん用】	共-様式2	8
診断(意見)書 【石綿肺用】	共-様式3	9 (両面)
診断(意見)書 【びまん性胸膜肥厚用】	共-様式4	10
診断(意見)書 【良性石綿胸水用】	共-様式5	11

各様式はキリトリ線で切りとって使用して下さい。



## 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。

年 月 日

請求者氏名

## 1. 請求者の情報

フリガナ		生年月日
請求者氏名		(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	〒 - 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"/> 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)	年 月 日	決定した 労働基準監督署長 _____ 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 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)







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	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	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	
	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
<b>1. 基礎資料</b>			
①	請求書	<input type="checkbox"/>	<b>【必須】</b> 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"/>	<b>【原則不要】</b> 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。
<b>2. 添付資料</b>			
<b>(0) 労災支給決定等情報提供サービス【原則不要】</b>			
	☆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。
<b>(1) 請求者のご本人確認に必要な書類【原則必要】</b>			
※請求者が労災支給決定等情報提供サービスの申請者または給付金請求（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また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)



<p>(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【原則必要】</p> <p>※③及び⑤については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。</p>			
	③戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>	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"/>	死亡診断書また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。
	⑤事実婚の場合はそれを証明する書類	<input type="checkbox"/>	住民票（続柄に「妻（未婚）」等と表示されているもの）の写し、民生委員発行の事実婚証明書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>(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<u>必要な書類【原則不要】</u></p>			
	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については不要です。
<p>(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】</p> <p>※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また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。</p>			
	⑦石綿関連疾病への罹患がわかる資料	<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 <u>(罹患した疾病にかかわらず必要な資料)</u>	<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 <u>(中皮腫に罹患している場合に必要な資料)</u>	<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
	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罹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"/>	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>(良性石綿胸水に罹患している場合に必要な資料)</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。

(次のページにお進み下さい)



<b>(5) 追加給付金請求の場合に必要な書類【必須】</b>			
	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。
<b>(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】</b>			
	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。
<b>(7) その他の必要な資料</b>			
	⑩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"/>	<b>【必須】</b> 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の口座をご指定下さい。
	⑪資料の日本語訳	<input type="checkbox"/>	<b>【原則不要】</b> 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)



## 診断 (意見) 書

[中皮腫用]

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"/> MRI <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 <sup>(注)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注1)</sup> <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、その広がりが胸壁内側の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 <sup>(注2)</sup> 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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

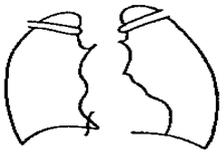
医師氏名

印



診断 (意見) 書

[石綿肺用]

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	胸部エックス線写真による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	 <p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>2. 写真番号 _____</p> <p>3. 撮影条件 _____ KV _____ mAs _____</p> <p>増感紙 _____</p>		<p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分(0/- 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+)</p> <table border="1"> <tr> <th>像</th> <th>区分</th> <th>タイプ</th> </tr> <tr> <td>粒状影</td> <td>/</td> <td>p q r</td> </tr> <tr> <td>不整形陰影</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table> <p>ロ. 大陰影の区分 ( A B C )</p> <p>ハ. 付加記載事項 ( pl plc co bu ca cv em es px tb )</p> <p>ニ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>		像	区分	タイプ	粒状影	/	p q r	不整形陰影	/	
	像	区分	タイプ												
	粒状影	/	p q r												
不整形陰影	/														
放射線画像による検査	胸部CT画像による検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	<p>1. 撮影年月日 年 月 日</p> <p>イ. 胸膜下粒状影( 右 左 )</p> <p>ロ. 胸膜下線状影( 右 左 )</p> <p>ハ. 胸膜下分枝状影( 右 左 )</p> <p>ニ. 肺実質内帯状影( 右 左 )</p> <p>ホ. すりガラス陰影( 右 左 )</p> <p>ヘ. 胸膜下楔状影( 右 左 )</p> <p>ト. 小葉内網状影( 右 左 )</p> <p>チ. モザイク状陰影( 右 左 )</p> <p>リ. 蜂窩肺( 右 左 )</p> <p>ヌ. 胸膜ブランク( 右 左 )</p>		<p>2. その他の所見</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; height: 200px; width: 100%;"></div>										
	石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]												
		放射線画像上、初めて石綿肺所見を認めた時期		年 月 頃											
		石綿肺の確定診断年月日		年 月 日											
肺機能検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	1.身 長 _____ m		2.満 年 齢 _____ 歳											
		3.1秒量予測値 _____ l		4.肺活量予測値 _____ l											
		呼吸機能検査実施年月日 年 月 日検査		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)											
		肺 活 量 _____ l		採 血 の 部 位 _____											
		努 力 肺 活 量 _____ l		採血から分析終了までの時間 _____ 分											
1 秒 量 _____ l		酸 素 分 圧 _____ Torr													
1 秒 率 _____ %		炭 酸 ガ ス 分 圧 _____ Torr													
% 1 秒 量 _____ %		肺 胞 気 動 脈 血 酸 素 分 圧 較 差 _____ Torr													
% 肺 活 量 _____ %															
判定 F( - + ++ )															
<p>※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。</p> <p>※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)。</p>															

胸部に関する臨床検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	検査実施年月日 年 月 日検査		他覚症状	チアノーゼ	+	-				
		自覚症状	呼吸困難		I II III IV V	ばち状指	+		-		
			せき		+	-	副雑音		+	- (部位 )	
			たん		+	-			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	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[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 + -	塗抹 + -	
		結核	結核菌	塗抹	+ -		たん	年 月 日	培養	+ -	年 月 日
				培養	+ -				年 月 日	年 月 日	
		精密	エックス線特殊撮影	撮影法( )			たん	量	ml	ml	
				所見				性状			
								年 月 日 (初日)	年 月 日		
		検査	赤血球沈降速度	1時間値	mm		痰細胞診	所見	年 月 日		
2時間値	mm			年 月 日	年 月 日						
ツベルクリン反応	mm × mm			撮影法	らせんCT、その他( )						
その他の所見											
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 <sup>(注)</sup> 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"/>	好酸球性肺炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	心不全		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	びまん性汎細気管支炎		<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"/>			
	膠原病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤性粘液性腺癌		<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"/>			
	サルコイドーシス		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺胞蛋白症		<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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : Torr] ※1 スパイロメトリ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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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 <sup>(注)</sup> 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 <sub>2</sub> : Torr] ・ [AaDO <sub>2</sub> : 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福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2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