



医師、医療機関等の皆様へ

## 石綿健康被害者の救済への ご協力をお願い

平成18年2月10日に、「石綿による健康被害の救済に関する法律」が公布され、石綿を原因とする中皮腫、肺がんにかかられた方の救済制度が創設されました（3月20日より申請受付開始）。

救済給付を行うためには、患者さんが石綿を吸入することにより、中皮腫又は肺がんにかかったことなどを確認することが必要であり、医療に携わる先生方のご協力が不可欠でございます。

制度の趣旨と手続をご理解いただき、制度の円滑な運営にご協力、ご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

この法律の施行後（平成18年3月27日以後）に、これらの疾病に起因して死亡された場合、生前に認定の申請が行われていなければ、救済給付は支給されません。  
現在、石綿による中皮腫や肺がんにかかっている方を診療された場合には、その方に早急に申請していただくようご助言いただきますようお願いいたします。

独立行政法人環境再生保全機構

## 目次

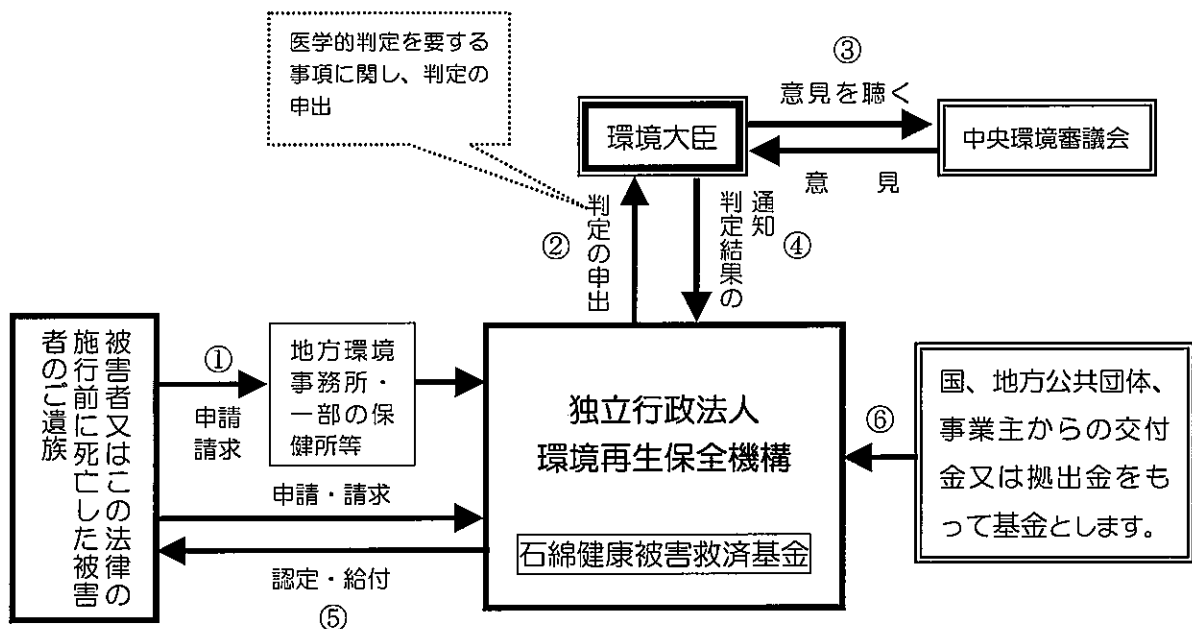
1	石綿健康被害救済制度（救済給付関係）の概要	1
2	指定疾病	2
3	救済給付の種類	2
4	現在療養中の方への救済給付	3
4. 1	石綿により指定疾病にかかった旨の認定について	3
4. 2	医療費（自己負担分）の支給	12
5	療養中の方がお亡くなりになった場合の給付	15
5. 1	葬祭料及び救済給付調整金について	15
6	法施行日（平成18年3月27日）前にすでに指定 疾病が原因でお亡くなりの方のご遺族への給付	16
7	労災補償制度又は特別遺族給付金について	19
	・請求窓口（お問い合わせ）	20

# 1 石綿健康被害救済制度（救済給付関係）の概要

石綿健康被害救済制度（救済給付関係）は、石綿<アスベスト>による健康被害を受けられた方及びそのご遺族で、労災補償制度及び特別遺族給付金の対象とならない方に対して、救済給付の支給を行う制度です。

この制度の対象となる病気（指定疾病）は、石綿による①中皮腫、②肺がんです。現在これらの病気にかかられている方、制度が始まる前（平成18年3月27日より前）にこれらの病気でお亡くなりになった方のご遺族からの申請・請求（図中①）に基づき、独立行政法人環境再生保全機構において認定等を行い、医療費等を給付（図中⑤）します。この際に、医学的判定を要する事項については、機構は環境大臣に判定を申し出（図中②）、環境大臣は中央環境審議会の意見を聴いて（図中③）判定を行います（図中④）。

また、この制度に必要な費用は、国からの交付金、地方公共団体や事業者からの拠出金によってまかなわれます（図中⑥）。



## 2 指定疾病

救済制度（救済給付関係）の対象となる疾病（指定疾病）は、石綿による①中皮腫、②肺がんです。中皮腫とは、主として胸膜、腹膜、心膜又は精巣鞘膜の中皮に発生する悪性腫瘍です。

また、これらに付随する疾病等（いわゆる続発症）であって、日常生活に相当の制限が加わり、常に医師の管理による治療が必要であるようなものについても、これら指定疾病と一体のものとして取り扱われ、救済給付の対象となります。個々の事例において、ある疾病等が続発症であるか否かについては、医学の経験則により相当程度の関連性があるか否かによって判断すべきですが、具体的には、次のような疾病等が考えられます。

- ①指定疾病の経過中又はその進展により当該指定疾病との関連で発症するもの
  - ・中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ管症 など
- ②指定疾病を母地として細菌感染等の外因が加わって発症するもの
  - ・肺炎、胸膜炎 など
- ③指定疾病の治療に伴う副作用や後遺症
  - ・薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の肺機能障害 など

## 3 救済給付の種類

救済給付の種類は以下のとおりです。

### 現在療養中の方への給付

医療費（本人が請求）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 自己負担分  
療養手当（本人が請求）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 103,870 円／月

### 認定後療養中の方がお亡くなりになった場合の給付

葬祭料（葬祭を行う方が請求）・・・・・・・・・・・・・・・・ 199,000 円

救済給付調整金（生計が同一であったご遺族が請求）・・・個別に算定

### 制度施行前（平成18年3月27日より前）にお亡くなりになった方の遺族への給付

特別遺族弔慰金（生計が同一であったご遺族が請求）・・・2,800,000 円

特別葬祭料（生計が同一であったご遺族が請求）・・・・・・ 199,000 円

## 4 現在療養中の方への救済給付

### 4. 1 石綿により指定疾病にかかった旨の認定について

救済給付を受けるには、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかった旨の認定を独立行政法人環境再生保全機構から受ける必要があります。

認定の申請には、医師の診断書や診断の根拠となった胸部X線フィルム、CT画像、病理検査意見書、各種検査報告書等が必要です（※）。機構では、提出された診断書等については、環境大臣に医学的判定を申し出、これを受けて、環境大臣は、中央環境審議会の意見を聴いて医学的判定を行い、判定結果を機構に通知します。機構はその判定結果に基づいて、認定の可否を決定し、認定された方に対して救済給付を支給します。

この場合の、指定疾病にかかった旨の医学的判定は、以下の考え方により行われることとなります。患者さんから、本制度の認定申請のための診断書等について依頼があった場合には、医学的判定に必要な事項を盛り込んだ診断書等を発行していただきますよう、お願いします。診断書等の様式がありますので、記載例を参照してください。

なお、法施行日（平成18年3月27日）にすでに指定疾病にかかっている、法施行日から2年以内にお亡くなりになった場合には、後述の救済給付調整金が給付される可能性がありますので、診断書の該当欄に、平成18年3月27日時点での罹患状況（罹患していた、罹患していたことが否定できない、罹患していなかった、のいずれか）について付記していただくようお願いいたします。

※ 診断書等に添付いただいた胸部エックス線フィルムやCT画像等については、認定作業が終了した後に、申請者に返却いたします。

### 指定疾病にかかった旨の医学的判定の考え方について

石綿を吸入することにより中皮腫又は肺がんにかかった旨の医学的判定に関する考え方は次のとおりです。

#### 【参考】

##### ●平成18年3月2日中央環境審議会答申

「石綿による健康被害の救済における指定疾病に係る医学的判定に関する考え方について」

[http://www.env.go.jp/press/file\\_view.php3?serial=7782&hou\\_id=6903](http://www.env.go.jp/press/file_view.php3?serial=7782&hou_id=6903)

##### ●平成18年2月石綿による健康被害にかかる医学的判断に関する検討会報告書

「石綿による健康被害にかかる医学的判断に関する考え方」

<http://www.env.go.jp/chemi/report/h17-20.pdf>

## 1) 中皮腫

中皮腫については、そのほとんどが石綿に起因するものと考えられることから、中皮腫の診断の確からしさが担保されれば、石綿を吸入することにより発症したものと判定するものであること。

なお、中皮腫は診断が困難な疾病であるため、臨床所見、臨床検査結果だけでなく、病理組織学的検査に基づく確定診断がなされることが重要であり、また、確定診断に当たっては、肺がん、その他のがん、胸膜炎などとの鑑別も必要であること。このため、中皮腫であることの判定に当たっては、病理組織学的検査記録等が求められ、確定診断が適正になされていることの確認が重要であること。しかしながら、実際の臨床現場においては、病理組織学的検査が行われていない事案も少なくないと考えられ、例えば、病理組織学的検査が行われていなくても、細胞診でパパニコロウ染色とともに免疫染色などの特殊染色を実施した場合には、その他の胸水の検査データや画像所見等を総合して診断を下すことができる例もある。今後、判定に当たっては、原則として病理組織学的検査による確定診断を求めることが適当であるものの、病理組織学的検査が行われていない例においては、臨床所見、臨床経過、臨床検査結果、他疾病との鑑別の根拠等を求め、判定するものであること。

## 2) 肺がん

肺がんについては、原発性肺がんであって、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に、石綿を吸入することにより発症したものと判定するものであること。

肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合とは、国際的にも、25本/ml×年程度のばく露があった場合であると認められており、また、これに該当する医学的所見としては、次のア又はイに該当する場合が考えられること。

ア 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があつて胸部CT検査においても肺線維化所見が認められること。

イ 肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(次のいずれか)認められること

- ・乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体
- ・乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 $\mu$ m超。2 $\mu$ m超の場合は500万本以上)
- ・気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上の石綿小体

なお、石綿によるものと判断するための医学的所見のひとつである肺内石綿小体等の計測は技術的に難しいものです。したがって、石綿による被害者の迅速な救済を図るための信頼性の高いデータを得るには、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施することが重要です。計測については、例えば、以下の施設にお問い合わせ下さい。

○ 石綿小体の測定について

アスベスト疾患センター（23カ所（平成18年4月1日より24カ所））

岩見沢労災病院	0126-22-1300	釧路労災病院	0154-22-7191
東北労災病院	022-275-1111	鹿島労災病院	0479-48-4111
千葉労災病院	0436-74-1111	東京労災病院	03-3742-7301
関東労災病院	044-411-3131	横浜労災病院	045-474-8111
新潟労災病院	025-543-3123	富山労災病院	0765-22-1280
浜松労災病院	053-462-1211	中部労災病院	052-652-5511
旭労災病院	0561-54-3131	関西労災病院	06-6416-1221
神戸労災病院	078-231-5901	和歌山労災病院	073-451-3181
岡山労災病院	086-262-0131	中国労災病院	0823-72-7171
山陰労災病院（※）	0859-33-8181	香川労災病院	0877-23-3111
山口労災病院	0836-83-2881	九州労災病院	093-471-1121
長崎労災病院	0956-49-2191	熊本労災病院	0965-33-4151

※：平成18年4月1日より

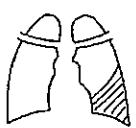
○ 石綿繊維数の測定に関するご案内

独立行政法人環境再生保全機構石綿健康被害救済部申請課 044-520-9616

判定様式第1号

<b>一記載例一</b> <b>中皮腫①</b>		石綿による健康被害の救済に関する法律 認定申請用 診断書（中皮腫用）	
患者氏名	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年 明治 大正 月日 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 〇〇年 〇月〇〇日（〇〇才）
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地		
診断名	胸膜中皮腫	カルテ No.	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付した上で、必要事項を記入して下さい。

原発部位	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜（ <input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明） <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心膜 <input type="checkbox"/> 精巣鞘膜 <input type="checkbox"/> その他（ ）	 <p style="text-align: center;">平成〇〇年〇〇月〇〇日</p>
	組織型 <input checked="" type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 特殊型（ ） <input type="checkbox"/> 不明（ ）	
中皮腫の確定診断年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
その他の事項	（石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、参考のためご記入下さい。） 22才～40才 A市に居住	

【臨床経過】

平成〇〇年〇〇月半ばごろから労作時の息切れを感ずるようになった。平成〇〇年〇〇月〇〇日かかりつけ医を受診、左胸水貯留を指摘されて、同日、紹介受診となった。胸部X線写真上、左側に中等量の胸水貯留。胸膜ブランクや不整形陰影は認められなかった。胸水は黄色やや混濁した滲出液で、胸水ヒアルロン酸濃度は160mg/L(16万ng/ml)、細胞診class V、まじも様細胞集塊が認められ、胸膜中皮腫が疑われた。〇〇月〇〇日、経皮生検が行われたが悪性像は得られず、〇〇月〇〇日全身麻酔下に胸腔鏡（VATS）が行われた。生検が行われ、〇〇月〇〇日、免疫組織化学染色の所見等により、中皮腫（上皮型）と確定診断された。

※平成18年3月27日時点における罹患の有無について該当する□にレ印を付して下さい。（裏面の注釈参照）

罹患していた  
罹患していたことが否定できない  
罹患していなかった

【中皮腫の確定診断の根拠】

※中皮腫の確定診断の根拠について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当するフィルム、画像、検査結果書、診断書、報告書等を添付して下さい（写し可）。

<input checked="" type="checkbox"/> エックス線フィルム（ <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他： ） 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> CTフィルム（ <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他： ） 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の画像検査のフィルム等（検査名： ） 検査実施年月日 平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸水等に係る検査結果書（ <input checked="" type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心臓水 <input type="checkbox"/> その他： ） （検査名： ヒアルロン酸濃度 ） 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断書（判定様式第4号又はそれと同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい） 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診報告書（判定様式5号又はそれと同等の内容を含む細胞診報告書を添付して下さい） 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の検査結果書（検査名： ） 検査実施年月日 平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

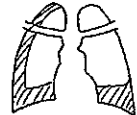
医療機関所在地 〒XXX-XXXX  
 医療機関の名称 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇〇  
 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
 診療担当科名 〇〇科  
 医師の氏名 〇 〇 〇 〇 印



判定様式第1号

<p>一記載例一 中皮腫②</p>		<p>石綿による健康被害の救済に関する法律 認定申請用 診断書 (中皮腫用)</p>	
患者氏名	〇〇〇〇	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年 明治 大正 〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇才) 月 日 (昭和) 平成
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地		
診断名	胸膜中皮腫	カルテ No. 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付した上で、必要事項を記入して下さい。

原発部位	<input checked="" type="checkbox"/> 胸膜 ( <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明 ) <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 精巣精膜 <input type="checkbox"/> その他 ( )	 平成〇〇年〇〇月〇〇日
	組織型 <input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input checked="" type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> 特殊型 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 ( )	
中皮腫の確定診断年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
その他の事項	(石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、参考のためご記入下さい。) 24才〜40才 夫 (造船所配管工) の作業衣の洗濯	

【臨床経過】

平成〇〇年秋頃から息切れ有り。同年〇〇月他院にて胸膜炎(結核性の疑い)の治療。胸水は減少し一時的によくなくなったかにみえたが次第に胸痛が出現した。平成〇〇年〇〇月頃から息切れ増強し〇〇月〇〇日受診。経皮胸膜生検(右側)にて中皮腫と診断された。細胞診は Class IIであったが、病理組織学的検査の結果、二相型中皮腫との確定診断となった。

※平成18年3月27日時点における罹患の有無について該当する□にレ印を付して下さい。(裏面の注釈参照)

罹患していた  
罹患していたことが否定できない  
罹患していなかった

【中皮腫の確定診断の根拠】

※中皮腫の確定診断の根拠について□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当するフィルム、画像、検査結果書、診断書、報告書等を添付して下さい(写し可)。

<input checked="" type="checkbox"/> エックス線フィルム ( <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 □その他: )	検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> CTフィルム ( <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 □その他: )	検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の画像検査のフィルム等 (検査名: )	検査実施年月日 平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸水等に係る検査結果書 ( <input checked="" type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心臓水 □その他: )	(検査名: ヒアルロン酸濃度) 検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断書 (判定様式第4号又はそれと同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい)	検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診報告書 (判定様式5号又はそれと同等の内容を含む細胞診報告書を添付して下さい)	検査実施年月日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の検査結果書 (検査名: )	検査実施年月日 平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関所在地 〒XXX-XXXX  
 医療機関の名称 〇〇県〇〇市〇〇〇〇  
 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇-XXXX  
 診療担当科名 〇〇〇科  
 医師の氏名 〇 〇 〇 〇 印

判定様式第2号

一記載例一 <b>肺がん</b>		石綿による健康被害の救済に関する法律 認定申請用 診断書 (石綿を原因とする肺がん用)	
患者氏名	〇〇〇〇	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年 明治(大正) 〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇才) 月日 昭和 平成
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地		
診断名	肺がん (小細胞がん)	カルテ No.	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

【診断の詳細】 ※該当する□にレ印を付した上で、必要事項を記入して下さい。

原発部位	1. 左右の別 <input type="checkbox"/> 右肺 <input checked="" type="checkbox"/> 左肺 2. 分類 <input type="checkbox"/> 末梢型 (肺野型) <input checked="" type="checkbox"/> 中枢型 (肺門型)	<p style="text-align: center;">平成〇〇年〇〇月〇〇日</p>
組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input checked="" type="checkbox"/> 小細胞癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
肺がんの確定診断年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
がんの既往歴の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ・がんの部位 ( ) ・がんの発症時期 平成・昭和 年 月	
喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・喫煙の開始時期 ..... 2.0 才 ・喫煙の終了時期 ..... 7.8 才 ・一日の喫煙本数 ..... 2.0 本/日	
石綿が原因であることの根拠 (裏面の判定基準参照)	<input checked="" type="checkbox"/> ①胸部エックス線検査及び胸部CT検査による所見 <input type="checkbox"/> ②肺内石綿小体又は石綿繊維の量 <input type="checkbox"/> ③その他 ( )	
その他の事項	(石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、参考のためご記入下さい。) 大工自営の職業歴あり	

【臨床経過】

平成〇〇年〇〇月に、血痰にて発症した。気管支ファイバー下で生検を実施し、肺小細胞がんであると診断した。抗がん剤〇〇を〇回投与でpartial remissionを得た。しかし、半年後再発したため現在抗がん剤××にて治療中である。

※平成18年3月27日時点における罹患の有無について該当する□にレ印を付して下さい。(裏面の注釈参照)  
 罹患していた  
 罹患していたことが否定できない  
 罹患していなかった

【肺がんの確定診断の根拠】  
 ※肺がんの確定診断の根拠となったものについて□にレ印を付し、該当するフィルム、画像、検査結果書、診断書、報告書等を添付して下さい(写し可)。

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部エックス線フィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CTフィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> 胸部HRCTフィルム	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の画像検査のフィルム等 (検査名: )	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 病理組織診断書	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> 細胞診報告書	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の検査結果書 (検査名: )	検査実施年月日	平成 年 月 日

【石綿が原因であることの根拠】  
 ※石綿が原因であることの根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当するフィルム、画像、検査結果書、診断書、報告書等を添付して下さい(写し可)。(上記の資料と同一でも可)

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部エックス線フィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CTフィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> 胸部HRCTフィルム	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の画像検査のフィルム等 (検査名: )	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書 (判定様式第6号又はそれと同等の内容を含む石綿計測結果報告書を添付して下さい)	検査実施年月日	平成 年 月 日

上記のとおり、診断します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関所在地  
 医療機関の名称  
 電話番号  
 診療担当科名  
 医師の氏名

〒XXX-XXXX  
 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇  
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院  
 TEL XXX-XXX-XXXX  
 〇〇科  
 〇 〇 〇 〇 印

判定様式第4号 病理組織診断書

※ 中皮腫の診断において病理組織学的検査が必要な場合には、この様式（判定様式第4号）又は同等の内容を含む病理組織診断書を添付して下さい。

※ 肺がんの診断において病理組織学的検査が必要な場合には、添付いただく病理組織診断書について様式の定めはありません。

判定様式第4号

—記載例—

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用  
病理組織診断書

患者氏名	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 大正 〇〇年 〇月 〇〇日 昭和 平成 ( 〇〇才)
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地			
診断名	上皮型中皮腫		病理組織検査実施施設名 〇〇大学病院	
			病理組織検査番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

【検査の詳細】（※該当する□にレ印を付し必要事項を記入してください。）

検体採取年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
診断年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
検査材料	<input type="checkbox"/> 生検（ <input type="checkbox"/> TBLB <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他：） <input checked="" type="checkbox"/> 手術（VATSを含む） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> HE <input checked="" type="checkbox"/> 酸性粘液染色（アルシアン青、コロイド鉄など）（ <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input checked="" type="checkbox"/> ヒアルロンダーゼ消化試験（ <input checked="" type="checkbox"/> 消失あるいは減弱 <input type="checkbox"/> 不変） <input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色（抗体名） <input checked="" type="checkbox"/> Calretinin（ <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input type="checkbox"/> Cytokeratin5/6（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input checked="" type="checkbox"/> CEA（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性） <input type="checkbox"/> AE1/AE3（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input type="checkbox"/> TTF-1（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input checked="" type="checkbox"/> CAM5.2（ <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性） <input checked="" type="checkbox"/> その他（mesothelin 陽性） <input type="checkbox"/> 電子顕微鏡検索（所見：） <input type="checkbox"/> その他（）

【所見】

中皮細胞様の異型細胞の乳頭腺管状増殖がみられ、明らかな肺実質への浸潤像を伴い、上皮型中皮腫と診断される。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

末梢肺原発の腺癌との鑑別が必要であったが、免疫染色の所見から肺腺癌は否定され、上皮型中皮腫と診断できる。

上記のとおり、診断します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関所在地  
医療機関の名称  
電話番号  
担当科名  
医師の氏名

〒XXX-XXXX  
〇〇県〇〇市〇〇〇〇  
〇〇〇〇〇〇大学病院  
Tel. XXX-XXX-XXXX  
〇〇〇〇科  
〇 〇 〇 〇 印 印

判定様式第5号 細胞診報告書

- ※ 中皮腫の診断において細胞診が必要な場合には、この様式（判定様式第5号）又は同等の内容を含む細胞診報告書を添付して下さい。
- ※ 肺がんの診断において細胞診が必要な場合には、添付いただく報告書について様式の定めはありません。

判定様式第5号

一記載例一

石綿による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用  
細胞診報告書

患者氏名	○ ○ ○ ○ (男) 女	生年月日	明治 大正 ○○年 ○月 ○○日 昭和 平成
現住所	○○県○○市○○町○○○○番地		
診断名	上皮型中皮腫	細胞診検査施設名	○○大学病院
		細胞診検査番号	○○○○○○○○○○

【検査の詳細】(※該当する□にレ印を付し必要事項を記入してください。)

検体採取年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
診断年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日
検査材料	<input checked="" type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 心嚢水 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
実施した染色等	<input checked="" type="checkbox"/> パパニコロウ染色 <input checked="" type="checkbox"/> ギムザ染色 <input type="checkbox"/> 酸性粘液染色(アルシヤン青、コロイド鉄など)( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> ヒアルロニダーゼ消化試験( <input type="checkbox"/> 消失あるいは減弱 <input type="checkbox"/> 不変) <input checked="" type="checkbox"/> 免疫染色(抗体名) <input checked="" type="checkbox"/> Calretinin ( <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> Cytokeratin5/6 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input checked="" type="checkbox"/> CEA ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> AE1/AE3 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> TTF-1 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> CAM5.2 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 電子顕微鏡検索(所見: 細長な(LDR=15)微絨毛をみる ) <input type="checkbox"/> その他( )

【所見】

マリモ状の大型細胞集塊を形成、あるいは孤立散在性に出現する異型細胞をみる。多核巨細胞もみられる。

【他の疾患との鑑別についての特記事項】

異型細胞は腺癌との鑑別が必要であったが、免疫染色の所見、電子顕微鏡の所見から腺癌より中皮腫の可能性が高いと判断した。

上記のとおり、診断します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関所在地  
医療機関の名称  
電話番号  
担当科名  
医師の氏名

〒XXX-XXXX  
○○県○○市○○○○○  
○○○○○○大学病院  
Tel. XXX-XXX-XXXX  
○○○○科  
○ ○ ○ ○ 印

判定様式第6号

— 記載例 —

石棉による健康被害の救済に関する法律  
認定申請用/特別遺族申慰金・特別葬儀料請求用  
石棉計測結果報告書

患者氏名	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月日	明治(大正) 昭和 平成	〇〇年 〇月 〇〇日 ( 〇〇才)
現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地				
石棉計測実施施設名	〇〇〇〇〇〇〇〇センター	検査番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

【計測の詳細】(※該当する□にレ印を付し必要事項を記入してください。)

検体採取年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
計測年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
検査材料	<input type="checkbox"/> 病理解剖 <input type="checkbox"/> 生検 (□TBLB □針生検 □その他: ) <input checked="" type="checkbox"/> 手術 (VATSを含む) <input type="checkbox"/> BALF <input type="checkbox"/> その他 ( )
計測方法	<input checked="" type="checkbox"/> 位相差顕微鏡による石棉小体の計測 <input type="checkbox"/> 分析走査電子顕微鏡による石棉繊維の計測 <input type="checkbox"/> 分析透過電子顕微鏡による石棉繊維の計測 <input type="checkbox"/> その他

【肺組織の計測結果】(※該当する□にレ印を付し必要事項を記入してください。)

検体保存状態	<input checked="" type="checkbox"/> ホルマリン固定 <input type="checkbox"/> パラフィンブロック <input type="checkbox"/> 病理切片 (切片厚さ μm)
検体部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input checked="" type="checkbox"/> 右肺中葉 <input checked="" type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )

計測結果

検体部位	湿重量 (g)	乾燥重量 (g)	位相差顕微鏡による石棉小体測定結果		電子顕微鏡による石棉繊維測定結果	
			石棉小体濃度 (AB/g (乾湿肺))	検出下限値 (AB/g (乾湿肺))	石棉繊維濃度 (F/g (乾湿肺))	検出下限値 (F/g (乾湿肺))
1) 右肺下葉	1.68820	0.33559	6,500	300		
2) 右肺中葉	1.05835	0.18735	5,300	280		
3)						
4)						
5)						

(注) AB: 石棉小体、F: 石棉繊維数  
検出下限値: 1本のAB又はFが検出されたときのAB又はF濃度

【BALFの計測結果】(※該当する□にレ印を付し必要事項を記入してください。)

採取部位	<input type="checkbox"/> 右肺上葉 <input type="checkbox"/> 右肺中葉 <input type="checkbox"/> 右肺下葉 <input type="checkbox"/> 左肺上葉 <input type="checkbox"/> 左肺下葉 <input type="checkbox"/> 部位不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	---

計測結果

採取部位	BALF (ml) (分析に使用した量)	石棉小体濃度 (AB/ml)	検出下限値 (AB/ml)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

(注) AB: 石棉小体、検出下限値: 1本のABが検出されたときのAB濃度

【その他】

上記のとおり、計測結果を報告します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

計測機関所在地  
計測機関名称  
電話番号  
担当部署名  
担当者氏名

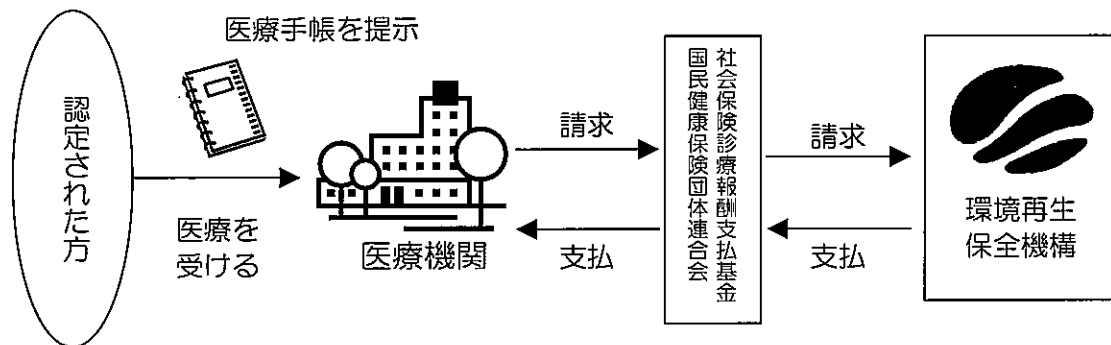
〒XXX-XXXX  
〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇  
〇〇〇〇〇〇〇〇センター  
TEL XXX-XXX-XXXX  
〇〇〇〇科

〇 〇 〇 〇 印

## 4. 2 医療費（自己負担分）の支給

認定された患者さんの認定された疾病（中皮腫又は肺がん）に対する医療は保険優先の公費負担医療となります。認定された方には「石綿健康被害医療手帳」が交付されます。認定された方がこの医療手帳を提示して保険医療機関等において医療を受けたときは、認定された疾病（中皮腫又は肺がん）にかかる医療費の自己負担分を機構が支払います。

### ○医療費支給の流れ



ただし、認定の申請をしてから医療手帳が交付されるまでの間に、保険医療機関等において中皮腫又は肺がんに対する医療を受けたときにかかった医療費の自己負担分については、後日、患者さんが機構に請求することで支払われます。また、医療手帳が交付された後であっても、緊急その他やむを得ない理由により保険医療機関等以外で医療を受けたときや、医療手帳を提示せずに保険医療機関等から医療を受けたときも、後日、患者さんが機構に請求することで支払われます。

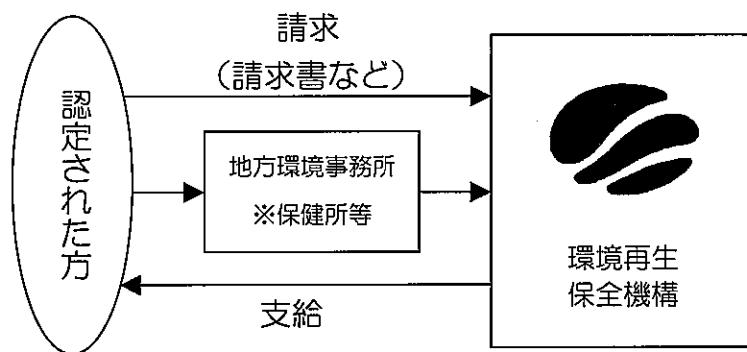
請求に必要な「受診等証明書」の発行をお願いいたします。

「受診等証明書」の様式がありますので、記載例を参照してください。

なお、医療費については、中皮腫及び肺がんそのものに対する医療のほか、その続発症について医療を受けた場合も同様に認定された方の自己負担分を機構が支払います。なお、認定疾病と関連性のない次のような疾病等について医療を受けた場合は、対象となりません。

- ① 先天性疾患、遺伝性疾患
- ② 歯科診療、正常分娩に係る産科診療
- ③ 他者の犯罪行為等第三者行為による傷害
- ④ 交通事故、労働災害、天災等の不慮の事故等他に原因が明らかである疾病等

○医療手帳が交付されるまでの間などにおける医療費請求・支給の流れ



※一部の保健所等は準備が整い次第、受付を開始します。

⑨受診等証明書の記載例

石綿による健康被害の救済に関する法律

手続様式第11号(第12条関係)

受 診 等 証 明 書				
請求番号	手続番号			
① フリガナ 医療を受けた者の氏名	カンキョウ タロウ 環境 太郎 (男・大)	② 医療を受けた者の生年月日	昭和 大正 昭和 平成 30年5月15日	
③ フリガナ 医療を受けた者の住所	カナガワケン カワサキシ サイワイク オオミヤチョウ 1310 〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310番地 Tel. 044-520-XXXX			
④当該証明に係る疾病の名称	中皮腫、薬剤性肺障害			
⑤医療の内容	診察及び薬剤の支給			
⑥当該証明に係る保険医療費の総額	234,000 円			
⑦保険医療費のうち自己負担額	入院 42,000 円	入院外 3,400 円	調剤(院外分) 11,800 円	合計金額 57,200 円
⑧移送された区間及び移送に要した費用	区間	東京都港区 ~ 神奈川県川崎市 まで	費用	13,000 円
⑨証明合計金額 (⑥の合計金額+⑧の金額 (※内訳は裏面に記入してください。))	70,200 円			
⑩当該証明に係る期間	18年4月3日分 ~ 18年5月7日分			
上記のとおり、認定の申請に係る疾病又は認定疾病について医療を行ったことを証明します。				
平成 18年 6月 1日				
病院、診療所又は薬局の名称 医療法人社団 XXX病院				
住所 〒 XXX-XXXX XXX県XXX市XXX Tel. XXX-XXXX-XXXX				
関係者の氏名 横溝 太郎 印				

(注)太枠内を記入してください。

(注 意)

- 証明の対象は、当該証明に係る患者の中皮腫又は肺がん(これらに付随する疾病を含みます。)に関して、当該患者が「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく認定申請を行った日(患者にご確認ください。)以降に行なった医療に係る保険医療費の自己負担分及び移送に要した費用の自己負担分です。ここでいう「これらに付随する疾病」とは、中皮腫又は肺がんのいわゆる続発症をいい、次のような疾病等が含まれます。  
①中皮腫又は肺がんの経過中又はその進展により当該疾患との関連で発症するもの(中皮腫又は肺がんの遠隔転移、肺がんの癌性胸膜炎、癌性リンパ管症など)  
②中皮腫又は肺がんを母地として細菌感染等の外因が加わって発症するもの(肺炎、胸膜炎など)  
③中皮腫又は肺がんの治療に伴う副作用や後遺症(薬剤性肺障害、放射線肺炎、術後の肺機能障害など)
- ④については、上記1)に示した中皮腫又は肺がんが付随する疾病も含め、当該証明に係る医療の対象となった疾病について具体的に記入してください。
- ⑤については④に係る医療の内容を記入してください。
- ⑥については当該証明に係る保険医療費の総額(保険外の差額ベット代、文書料等は含まれません。)を記入してください。
- ⑦については、⑥のうち自己負担分(差額ベット代、文書料等の健康保険法等において算定しない経費を除く。)について、入院分、入院外分、調剤分に分け、それぞれの額及びそれらの合計金額を記入し、月ごとの内訳は裏面に記入してください。  
なお、自己負担分がない場合には、0円と記載し、欄外にその理由を記入してください。
- この証明書の内容について、後日、独立行政法人環境再生保全機構より照会する場合があります。

⑨受診証明書裏面の記載例

各種費用の内訳

	保険医療費の総額	保険医療費のうち自己負担分			移送に要した自己負担額
		入院	入院外	調剤(院外分)	
18年4月分	4/3~4/25 21,667円		4/3 1,300円 4/17 1,200円 4/25 900円	4/3 800円 4/17 800円 4/25 1,500円	
18年5月分	5/3~5/7 212,333円		5/3~5/7 42,000円	5/3~5/7 8,700円	5/4 13,000円
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
年月分					
合計金額	234,000 円	42,000 円	3,400 円	11,800 円	13,000 円

※保険医療費の総額とは、中皮腫又は肺がん(これらに付随する疾病を含みます。)に関して行った医療に要した保険医療費の合計額をいいます。  
※保険医療費のうち自己負担額分とは、上記保険医療費の総額の中の自己負担分をいいます。  
※移送とは、寝台自動車等を用いて患者を移すことをいい、患者を診察した医師がその医療上転居、転地が必要であると認めた場合において、入院、転院、転地療養をするのに普通の交通手段では不可能であり、客観的に見てその妥当性が認められるときに行われるものです。



## 5 療養中の方がお亡くなりになった場合の給付

### 5. 1 葬祭料及び救済給付調整金について

認定された患者さんが認定疾病が原因でお亡くなりになった時は、葬祭料が給付されます。

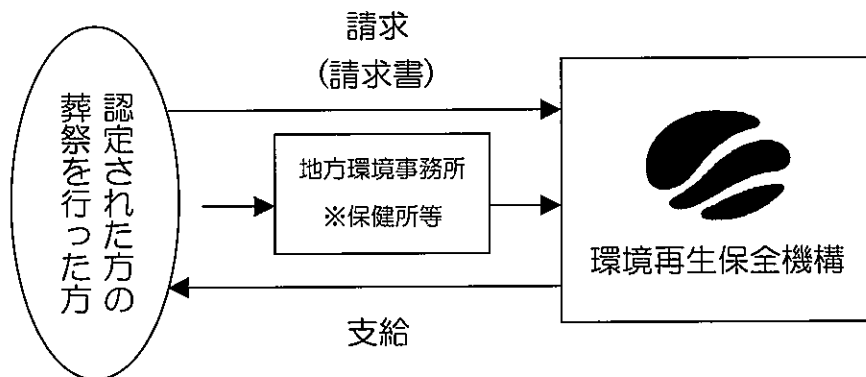
また、認定された患者さんが、法の施行前から指定疾病にかかっていた方で、施行日から2年以内にその疾病が原因でお亡くなりになった場合には、すでに支給された医療費及び療養手当の額の合計額が、特別遺族弔慰金の額（280万円）に満たないときは、その差額分が救済給付調整金として給付されます。

葬祭料及び救済給付調整金の請求には、次の事項を証明できる書類が必要ですので、以下の事項を記載した死亡に関する診断書等の発行をお願いいたします。

- ・死亡した事実
- ・死亡年月日
- ・認定疾病（中皮腫又は肺がん）に起因して死亡したこと

死亡に関する診断書の様式は、特段定められておりませんので、この内容を含んだ診断書であれば、どのようなものでも差し支えありません。

#### ○葬祭料請求・支給の流れ



※一部の保健所等は準備が整い次第、受付を開始します。

## 6 法施行日（平成 18 年 3 月 27 日）前にすでに指定疾病が原因でお亡くなりの方のご遺族への給付

「石綿による健康被害の救済に関する法律」の施行日（平成 18 年 3 月 27 日）より前に指定疾病が原因でお亡くなりになった方のご遺族には、「特別遺族弔慰金」と「特別葬祭料」が支給されます。

特別遺族弔慰金等を給付するためには、石綿を吸入したことにより指定疾病にかかり、指定疾病が原因で死亡したことを確認することが必要です。機構では、次のようにこれを確認することとしています。

### 1) 中皮腫

中皮腫については、中皮腫であるとの診断を受けていたこと、中皮腫に起因して死亡したことが客観的に確認できることが必要であり、具体的には、次のいずれかにより確認します。

- ① 死亡に関して市区町村長に提出した死亡診断書又は死体検案書において、死亡の原因として「中皮腫」の記載があること（良性疾患であることを明記したものを除く。）を確認できること
- ② 死亡時の診療録に中皮腫に起因して死亡したことの記載があることを確認できること

①については、申請者に代わり、機構が市町村や法務局に照会し確認します。

②による場合には、死亡の当時の診療録の写しを患者さんのご遺族へご提供くださいますようご協力お願いします。

### 2) 肺がん

肺がんについては、肺がん（原発性肺がんであることが否定できないものに限る。以下同じ。）であるとの診断を受けていたこと、肺がんに起因して死亡したことが客観的に確認できるとともに、石綿を吸入することにより肺がんが発症したことを示す医学的所見が確認できることが必要です。

肺がんであるとの診断を受けていたこと、肺がんに起因して死亡したことは、具体的には、中皮腫の場合と同様に次のいずれかにより確認します。

- ① 死亡に関して市区町村長に提出した死亡診断書又は死体検案書において、死亡の原因として「肺がん」の記載（転移によるものを示す記載を除く。）があることを確認できること
- ② 死亡時の診療録に原発性肺がんであって、これに起因して死亡したことの記載があることを確認できること

①については、申請者に代わり、機構が市町村や法務局に照会し確認します。

②による場合には、死亡の当時の診療録の写しを患者さんのご遺族へご提供くださいますようご協力お願いします。

また、石綿を吸入することにより肺がんが発症したことを示す医学的所見と

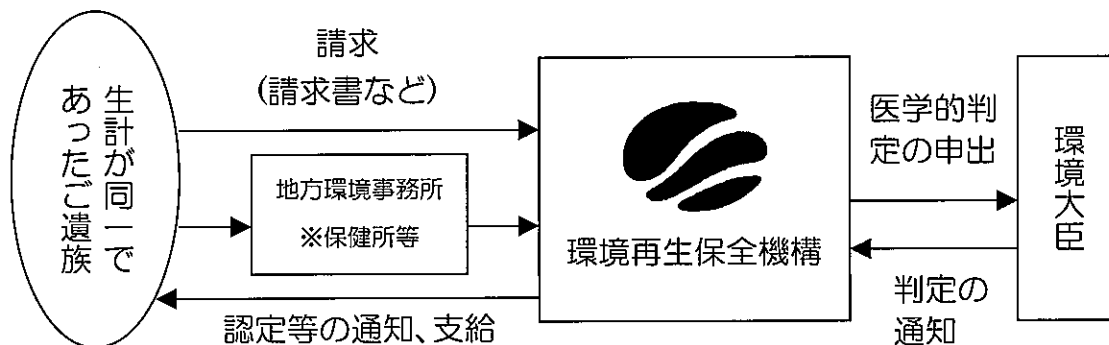
しては、以下のいずれかが認められることについて医師の報告書が必要です。  
報告書の様式がありますので、記載例を参照してください。

ア 胸部エックス線検査又は胸部CT検査により、胸膜プラーク(肥厚斑)が認められ、かつ、胸部エックス線検査でじん肺法に定める第1型以上と同様の肺線維化所見(いわゆる不整形陰影)があって胸部CT検査においても肺線維化所見が認められること。

イ 肺内石綿小体又は石綿繊維の量が一定量以上(次のいずれか)認められること

- ・乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体
- ・乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 $\mu$ m超。2 $\mu$ m超の場合は500万本以上)
- ・気管支肺胞洗浄液1ml当たり5本以上の石綿小体

#### ○特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求・支給の流れ



※一部の保健所等は準備が整い次第、受付を開始します。

判定様式第3号 石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用）

判定様式第3号

一記載例一

石綿による健康被害の救済に関する法律  
特別遺族弔慰金・特別葬祭料請求用

石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用）

患者氏名	〇 〇 〇 〇	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明治 <input checked="" type="radio"/> 大正 昭和 平成	〇〇年 〇月 〇〇日
住所 (受診当時)	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇番地				
診断名	原発性肺がん（腺がん）			カルテ No.	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

※該当する□にレ印を付した上で、必要事項を記入して下さい。

石綿が原因であることを示す医学的所見 ※（裏面の判定基準参照）	<input checked="" type="checkbox"/> ①胸部エックス線検査及び胸部CT検査による所見 <input type="checkbox"/> ②肺内石綿小体又は石綿繊維の量 <input type="checkbox"/> ③その他（ ）
その他の事項	（石綿ばく露の可能性に関する情報があれば、参考のためご記入下さい。） 成人するまで、家業の石綿工場を手伝いをしていた。

※石綿が原因であることの根拠となったものについて□にレ印を付し、該当事項を記入した上で、該当するフィルム、画像、検査結果書、診断書、報告書等を添付して下さい（写し可）。

<input checked="" type="checkbox"/> 胸部エックス線フィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CTフィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 胸部HRCTフィルム	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
<input type="checkbox"/> その他の画像検査のフィルム等（検査名： ）	検査実施年月日	平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 石綿計測結果報告書（判定様式第6号又はそれと同等の内容を含む石綿計測結果報告書を添付して下さい）	検査実施年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

上記の者について、上記のとおり石綿が原因であることを示す医学的所見が認められたことを報告します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

医療機関所在地 〒XXX-XXXX  
 医療機関の名称 〇〇県〇〇市〇〇〇〇〇  
 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院  
 診療担当科名 Ⅱ XXX-XXX-XXXX  
 医師の氏名 〇〇〇科  
 〇 〇 〇 〇 印

## 7 労災補償制度又は特別遺族給付金について

今回創設された石綿健康被害救済制度（救済給付関係）は、労災補償制度や特別遺族給付金の対象とならない方に対する救済の制度です。石綿による中皮腫、肺がんの多くは職業ばく露によるものと言われており、石綿による中皮腫、肺がんが疑われる患者さんがいた場合は、以下を参考に労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となる可能性について十分ご留意下さい。

### 1) 労災補償や特別遺族給付金の内容について

労働者又は特別加入者でアスベストにさらされる業務に従事したことにより、中皮腫、肺がん、石綿肺等にかかった場合には、労災保険法に基づく「療養補償給付」や「休業補償給付」の支給対象となります。また、業務上のアスベストによる健康被害により死亡した場合には、遺族に対して「遺族補償年金」が支給されます。

また、労働者又は特別加入者のご遺族で、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消滅した方に対しては、「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づき、「特別遺族給付金」が支給されます。

### 2) 労災補償又は特別遺族給付金の対象となる可能性について

石綿による健康被害については、潜伏期間が長いものが多く、被害者が石綿を取り扱っていたことを忘れていたり、または認識せずに労働していたりする場合も多いことから、被害者の中には石綿にさらされる業務に従事していたことを自覚していない場合も多いといわれております。

石綿による健康被害の疑われる患者さんがいた場合は、丁寧に過去の労働歴を聴取することが重要です。

### 3) 労災補償制度又は特別遺族給付金についての情報提供について

以上から、被害者のためにも、労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となる可能性がある被害者に対しては、労災補償制度又は特別遺族給付金について情報提供していただくようお願いします。

労災補償制度又は特別遺族給付金の対象となると思われる方については、その方に、最寄の労働基準監督署に相談するよう、ご指導いただきますようお願いします。


全国労働基準監督署所在地

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/location.html>

## ・ 請求窓口（お問い合わせ先）

申請書類の様式は、こちらの窓口またはホームページから入手いただけます。  
書類の受付は、こちらの窓口または郵送でお受けいたします。

独立行政法人 環境再生保全機構 <http://www.erca.go.jp>

 フリーダイヤル 0120-389-931

- ・ 川崎本部  
〒212-8554  
川崎市幸区大宮町 1310 ミューザ川崎セントラルタワー9F  
TEL：044-520-9508（代）
- ・ 大阪支部  
〒530-0002  
大阪市北区曽根崎新地1-1-49 梅田滋賀ビル4F  
TEL：06-6342-0335（代）

環境省 地方環境事務所 <http://www.env.go.jp/region/>

- ・ 北海道地方環境事務所  
〒060-0001  
札幌市中央区北1条西10-1 ユーネットビル9F  
TEL：011-251-8702
- ・ 東北地方環境事務所  
〒980-0014  
仙台市青葉区本町3-2-23 仙台第二合同庁舎6F  
TEL：022-722-2867
- ・ 関東地方環境事務所  
〒330-6018  
さいたま市中央区新都心11-2  
明治安田生命さいたま新都心ビル18F  
TEL：048-600-0815
- 新潟事務所  
〒950-0078  
新潟市万代島5-1 万代島ビル15F  
TEL：025-249-7575
- ・ 中部地方環境事務所  
〒460-0003  
名古屋市中区錦3-4-6 桜通大津第一生命ビル4F  
TEL：052-955-2134
- ・ 近畿地方環境事務所  
〒540-6591  
大阪市中央区大手前1-7-31 OMMビル8F  
TEL：06-4792-0703
- ・ 中国四国地方環境事務所  
〒700-0984  
岡山市桑田町18-28  
TEL：086-223-1581
- 高松事務所  
〒760-0023  
高松市寿町2-1-1  
高松第一生命ビル新館6F  
TEL：087-811-7240
- 広島事務所  
〒730-0013  
広島市中区八丁堀16-11  
日本生命広島第2ビル2F  
TEL 082-511-0006
- ・ 九州地方環境事務所  
〒862-0913  
熊本市尾ノ上1-6-22  
TEL 096-214-0332
- 福岡事務所  
〒812-0013  
福岡市博多区博多駅東2-6-23  
博多駅前第2ビル7F  
TEL 092-437-8851

準備が整い次第、一部の保健所等でも受付が開始されます。



