

基発0622第2号  
平成22年6月22日

福岡労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長  
( 公 印 省 略 )

クロム又はその化合物による疾病の業務上外について (回答)

平成21年12月16日付け福岡労発基第299号をもってりん伺のあった  
標記の件について、下記のとおり回答する。

記

本件事案については労働基準法施行規則別表第1の2第7号14に定める業  
務上の疾病に該当するものとして取り扱われたい。

基発0622第3号  
平成22年6月22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 )

クロム又はその化合物による疾病の業務上外について

標記について、福岡労働局長より照会があり先般回答したところであるが、その概要は別添のとおりであるので了知されたい。

1 事案概要

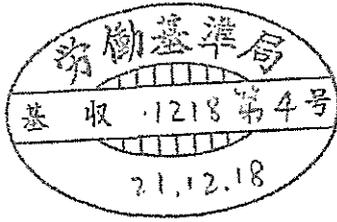
労働者 A は B 事業場において、[REDACTED] に 2 年 8 ヶ月間  
従事したことにより [REDACTED] を発症したとして、労災保険給付を請求したもの。

2 業務上外の判断

本件事案については労働基準法施行規則別表第 1 の 2 第 7 号 1 4 に定める  
業務上の疾病に該当する。

3 判断理由

労働者 A のクロム化合物へのばく露の期間は、認定基準に定められている  
ばく露期間である 4 年に満たないものであるが、本省が意見書を依頼した専  
門医においては、当該事案の [REDACTED] におけるクロム化合  
物へのばく露の状況や時期 (昭和 [REDACTED] 年～昭和 [REDACTED] 年頃) などを考慮すれば、  
当該作業におけるクロム化合物へのばく露量は認定基準が想定するものを上  
回るものと考えられ、労働者 A の業務と発症した [REDACTED] に因果関係を認める  
ことが妥当と判断された。



福岡労発基第 299号

平成21年12月16日

厚生労働省 労働基準局長 殿

福岡労働局長

( 公印省略 )

クロム又はその化合物による疾病にかかる業務上外の本省りん伺について

福岡労働局 [redacted] 労働基準監督署管下に所在する [redacted] (株) [redacted] において、昭和 [redacted] 年から [redacted] 年までの2年間に [redacted] に従事した労働者1名から [redacted] を発症したとして休業補償給付の請求がなされ、所轄労働基準監督署にて調査した結果原発性の [redacted] と診断されたが、従事歴が2年であり「4年以上」を満たさないため、昭和59年12月4日付け基発第646号通達記の1の(3)により本件の業務上外の認定について別紙調査結果を添えてりん伺いたします。

■■■■■にかかる■■■■■の業務起因性判断のための調査結果

1 調査結果の概要

(1) ■■■■■における作業従事歴等

被災労働者■■■■■(昭和■■年■■月■■日生、請求時■■歳)は、

- ① 昭和■■年■■月から昭和■■年■■月まで■■■■■で■■■■■  
■■■■■に従事していた。
- ② 昭和■■年から昭和■■年まで■■■■■(株)で■■■■■  
■■■■■に従事していた。
- ③ 昭和■■年から昭和■■年まで■■■■■(株)で■■■■■  
■■■■■に従事していた。

(2) ■■■■■及び作業内容について

- ① ■■■■■  
■■■■■
- ② ■■■■■  
■■■■■

(3) がんに関する医学上の所見

- ① 主治医意見  
傷病名 「■■■■■」  
傷病年月日 「平成■■年■■月■■日」  
原発性 「■■■■■」
- ② 専門医意見  
じん肺所見 「■■■■■」  
症状確認日 「平成■■年■■月■■日」  
原発性 「■■■■■」

2 調査結果の詳細

(1) 実地調査復命書

(2) 添付資料

- ① 休業補償給付支給請求書(写)・療養補償給付たる療養の給付請求書(写)

- ② 電話照会類末書 (平成21年2月18日 [REDACTED])
- ③ 職務内容等の照会について (平成21年3月3日受付 [REDACTED] (株))
- ④ 被保険者記録照会回答票 (平成21年3月3日受付)
- ⑤ 聴取書及び面接照会類末書 (平成21年3月4日 請求人)
- ⑥ 電話照会類末書 (平成21年3月6日 [REDACTED])
- ⑦ 電話照会類末書 (平成21年4月6日 [REDACTED])
- ⑧ 電話照会類末書 (平成21年4月27日 [REDACTED])
- ⑨ 意見書の提出依頼について  
(平成21年3月11日付、平成21年4月3日付 [REDACTED]  
[REDACTED] 医師)
- ⑩ 面接照会類末書 (平成21年3月18日 職業病相談員 [REDACTED]  
医師)
- ⑪ 面接照会類末書 (平成21年4月22日 地方労災医員 [REDACTED]  
医師)
- ⑫ 労災保険給付請求人にかかる管理区分の決定
- ⑬ 意見書の提出依頼について (平成21年7月15日付 地方労災医員  
[REDACTED] 医師)
- ⑭ 商業登記簿謄本

|        |        |        |                       |   |
|--------|--------|--------|-----------------------|---|
| 署<br>長 | 次<br>長 | 課<br>長 | 給<br>調<br>・<br>保<br>長 | 係 |
|--------|--------|--------|-----------------------|---|

|          |          |        |
|----------|----------|--------|
| 整理<br>番号 | 第<br>災調第 | 号<br>号 |
|----------|----------|--------|

(備考)

平成 21 年 7 月 21 日 復命

調 査 者

氏 名 印 厚生労働事務官

### 補償給付実地調査復命書

|                     |                        |   |                |
|---------------------|------------------------|---|----------------|
| (保険関係成立記号番号)<br>[ ] | (事業場名称)<br>[ ] (株) [ ] | の | (労働者氏名)<br>[ ] |
|---------------------|------------------------|---|----------------|

に係る療養（補償）給付に関して調査したので復命します。

### 調 査 記 録

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1 調査年月日                          | 平成 21 年 2 月 16 日から平成 21 年 7 月 21 日 [ ] 労働基準監督署外 において                                   |
| 2 調査の目的                          | 労働者より「[ ]」を発症したとして休業補償給付及び療養補償給付の請求がなされたため、労働者が従事した業務と当該疾病の間に相当因果関係が認められるか否かの調査を行ったもの。 |
| 3 調査内容                           | (1) 労働者について  |
| 氏 名                              | [ ] ( )  |
| 住 所                              | [ ]  |
| 生年月日                             | 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 ( [ ] 歳)  |
| (2) 労働者の職歴について【添付資料 2、3、4、5、6、7】 |  |
| ① [ ]                            |  |
| 就労期間                             | 昭和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日～ [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 (65ヶ月)   |

職種： █████ (12ヶ月程度) 【粉じんばく露作業 █████】

█████ (53ヶ月程度) 【粉じんばく露作業 █████】

② █████ (株)

就労期間：昭和 █████年 █████月 █████日～ █████年 █████月 █████日 (216ヶ月)

職種：

████████████████████ (昭和 █████年～昭和 █████年)

イ. █████ (24ヶ月) 【粉じんばく露作業 █████】

ロ. █████ (18ヶ月) 【粉じんばく露作業 █████】

ハ. █████ (150ヶ月) 【粉じんばく露作業 █████】

████████████████████ (昭和 █████年～昭和 █████年)

イ. █████ (24ヶ月) 【粉じんばく露作業 █████】

③ █████ (株)

就労期間：昭和 █████年 █████月 █████日～ █████年 █████月 █████日 (191ヶ月)

職種： █████ (191ヶ月) 【粉じんばく露作業 █████】

(3) 最終粉じん作業事業場

上記(2)より、最終粉じんばく露事業場は

█████ (株) █████ █████

と判断する。

粉じん作業期間：257ヶ月 (21年5ヶ月)

(4) じん肺管理区分について【添付資料 11】

請求書が提出された平成 █████年 █████月 █████日時点において、労働者はじん肺の管理区分の申請を行っていなかったため、平成15年1月20日付 基発第0120003号に基づき、現在労働者が在住の █████労働局あてじん肺管理区分の随時申請を行うよう指導した。

① 管理区分決定年月日：平成 █████年 █████月 █████日

② 管理区分：管理 █████

(5) 主治医意見【添付資料 8】

( [redacted] 医師 作成<平成21年3月11日付 21年4月3日付> )

① 発病年月日

平成 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日

② 主訴及び自覚症

[redacted]

③ 傷病名について

[redacted]

④ 諸検査内容・結果及び傷病の経過について

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

⑤ じん肺の所見について

[redacted]

[redacted]

⑥ [redacted] が原発性であるか否かについて

[redacted]

[redacted]

(6) 専門医意見 (地方労災医員 [redacted] 医師 平成21年7月15日作成)【添付資料 12】

※上記(1)～(4)の調査結果より、労働者に発症した「[redacted]」は労働基準法施行規則第35条別表第1の2第5号にかかげる疾病とは認められないが、労働基準法施行規則第35条別表第1の2第7号の14に該当する疾病か否かの判断を要するため、地方労災医員に意見を求めたものの。

① エックス線等の所見について

[Redacted]

② 症状確認日について

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

③ [Redacted]が原発性であるか否かについて

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

④ 労働者が従事していた業務（ [Redacted] ）と上記「 [Redacted] 」との間に相当因果関係が認められるか否かについて

[Redacted]



[Redacted text block]

⑤ その他、参考となると思われる事項について

[Redacted text block]

4 調査官意見

本件は、労働者より「[Redacted]」を発症したとして休業補償給付及び療養補償給付の請求がなされたため、労働者が従事した業務と当該疾病の間に相当因果関係が認められるか否かの調査を行ったものである。

労働者は[Redacted]も、過去にじん肺管理区分の申請を行っておらず、じん肺管理区分の決定を受けていないため、平成15年1月20日付 基発第0120003号に基づき、現在労働者が在住の[Redacted]労働局あてじん肺管理区分の随時申請を行うよう指導した。

添付資料

1. 休業補償給付支給請求書（写）・療養補償給付たる療養の給付請求書（写）
2. 電話照会類末書（平成21年2月18日 [REDACTED]）
3. 職務内容等の照会について（平成21年3月3日受付 [REDACTED]（株））
4. 被保険者記録照会回答票（平成21年3月3日受付）
5. 聴取書及び面接照会類末書（平成21年3月4日 請求人）
6. 電話照会類末書（平成21年3月6日 [REDACTED]）
7. 電話照会類末書（平成21年4月6日 [REDACTED]）
8. 電話照会類末書（平成21年4月27日 [REDACTED]）
9. 意見書の提出依頼について  
（平成21年3月11日付、平成21年4月3日付 [REDACTED] 医師）
10. 面接照会類末書（平成21年3月18日 職業病相談員 [REDACTED] 医師）
11. 面接照会類末書（平成21年4月22日 地方労災医員 [REDACTED] 医師）
12. 労災保険給付請求人にかかる管理区分の決定
13. 意見書の提出依頼について（平成21年7月15日付 地方労災医員 [REDACTED] 医師）
14. 商業登記簿謄本



|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | イ | キ | シ | チ | ニ |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ |
|   |   |   |   |   | フ | ム | ユ | ル | リ |
|   |   |   |   |   | エ | ケ | セ | テ | ネ |
|   |   |   |   |   | オ | コ | ソ | ト | ノ |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | ホ |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | モ |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | ヨ |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   | ロ |

○濁点、半濁点は一字として書いてください。(例) カ"ハ。カ

休業補償給付支給請求書 第 回  
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

01234  
56789

|         |           |           |       |
|---------|-----------|-----------|-------|
| 振込用種別   | 修正項目番号(1) | 修正項目番号(2) | ①管轄局署 |
| ※ 34310 |           |           |       |

(注意) 一、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。  
二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○でかこんでください。(ただし、⑤、⑥欄の元号及び⑦欄については該当番号を記入枠に記入してください。)  
三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならう。枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。  
四、○□□□で表示された枠以下、記入枠という。に記入す。光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行いますので、(一)誤りや、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたりしないでください。

|                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|
| ②労働保険番号          | ③新規再別            | ④受付年月日           |
| ⑤労働者の性別          | ⑥労働者の生年月日        | ⑦負傷又は発病年月日       |
| ⑧療養の期間           | ⑨療養の現況           | ⑩療養のため労働できなかつた期間 |
| ⑪療養のため労働できなかつた期間 | ⑫療養のため労働できなかつた期間 | ⑬療養のため労働できなかつた期間 |

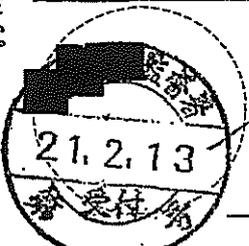
※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

○裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には(4)の所を各に折りさらに2つ折りにしてください。

⑭の者については、⑦、⑧、⑨、⑩から⑬まで(⑪の①を除く)、及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。  
\* 法人の場合は代表取締役印を押してください。  
年 月 日

事業場の名称 (株) 電話 局番 郵便番号  
事業場の所在地  
事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)  
労働者の直接所属事業場名称所在地 電話 局番  
死傷病報告提出年月日 (年 月 日)

⑭の者については、⑭から⑯までに記載したとおりであることを証明します。  
H21年2月10日  
病院又は診療所の所在地 名称 診療担当者氏名  
H21年2月10日

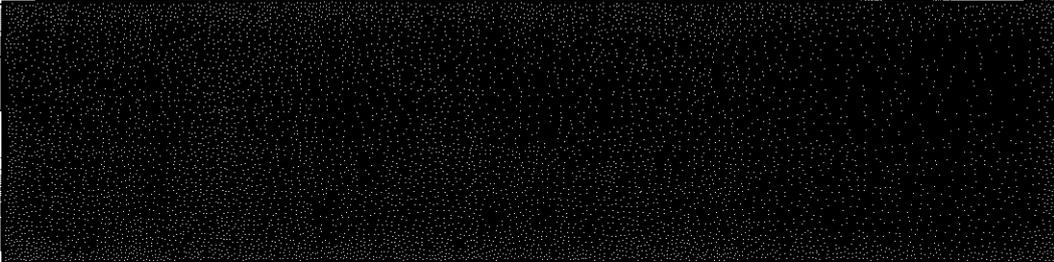


上記により休業補償給付の支給を請求し、休業特別支給金の支給を申請します。  
年 月 日  
請求人の 住所 氏名  
申請人

朱肉を使ってはっきりと押印して下さい。(シヤチハタは使わないでください)

|  |    |             |     |                     |       |
|--|----|-------------|-----|---------------------|-------|
| ② 労働者の職種   |    | ③ 負傷又は発病の時刻 |     | ④ 平均賃金(算定内訳別紙1のとおり) |       |
|  | 午後 | 時           | 分頃  |                     | 円 銭   |
| ⑤ 所定労働時間   | 午後 | 時           | 分から | 午後                  | 時 分まで |
| ⑥ 休業補償給付額、休業手当(平均給与額)別支給金額の改定比率(別紙各のとおり)   |    |             |     |                     |       |
| ⑦ 災害の原因及び発生状況 ⑧どのような場所で ⑨どのような作業をしているときに ⑩どのような物又は環境に ⑪どのような不安全な又は有害な状態があつて ⑫どのような災害が発生したかを詳細に記入すること |    |             |     |                     |       |

\*建設業の場合は事業の名称、所在地、予定期間、請負金額も記入してください。



\*負傷年月日と初診日が相違している場合は、その理由を下欄に記入してください。

|                |                                   |                          |          |   |   |   |   |
|----------------|-----------------------------------|--------------------------|----------|---|---|---|---|
| ⑧ 厚生年金保険等の受給関係 | ① 基礎年金番号                          | ② 被保険者資格の取得年月日           |          | 年 | 月 | 日 |   |
|                | ③ 当該発病に<br>関して支給<br>される年金<br>の種類等 | 年金の種類                    | 厚生年金保険法の | イ | ロ | ハ | ニ |
|                |                                   | 障害等級                     | 国民年金法の   | イ | ロ | ハ | ニ |
|                |                                   | 支給される年金の額                | 船員保険法の   | イ | ロ | ハ | ニ |
|                |                                   | 支給されることとなった年月日           | 年        | 月 | 日 | 級 | 円 |
|                |                                   | 基礎年金番号及び厚生年金等の年金証書の年金コード | 年        | 月 | 日 |   |   |
|                |                                   | 所轄社会保険事務所等               |          |   |   |   |   |

|                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| 表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄 | 削 字 | 加 字 |
|--------------------|-----|-----|

一、所定労働時間後に負傷した場合に、⑤及び⑥欄については、当該負傷した日を除いて記載してください。

二、別紙1①欄には、平均賃金の算定基礎期間中に業務外の傷病の療養等のために休業した期間があり、その期間及びその期間中に受けた賃金の額を算定基礎期間から控除して算定した平均賃金に相当する額が平均賃金の額と見なされる場合に記載し、控除する期間及び賃金の内訳を別紙1②欄に記載してください。この場合は、④欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。

三、別紙2は、④欄の賃金を受けなかった日(うち業務上の負傷又は疾病による療養のため所定労働時間のうちその一部分については、別紙2の日(別紙2において「一部休業日」という)が含まれる場合に限り添付してください)。

四、請求人(申請人)が特別加入者であるときは、④欄には、その者の給付基礎日額を記載してください。その他の資料を添付してください。⑤及び⑥欄の事項を証明することができる書類(事業主の証明は受ける必要はありません。五、第二回目以後の請求(申請)の場合には、④欄に、この算定方法による平均賃金に相当する額を記載してください。⑤及び⑥欄については、前回の請求又は申請後の分について記載してください。⑦から⑩欄まで及び⑫欄に記載する必要はありません。⑪(平均賃金算定内訳)は付する必要はありません。⑫(請求人(申請人)が離職後である場合(療養のために労働できなかった期間の全部又は一部が離職前である場合を除く)には、

六、事業主の証明は受ける必要がないこと。休業特別支給金の支給の申請のみを行う場合には、⑥欄は記載する必要はありません。「事業主の氏名」の欄、「病状又は診療所の診療担当者氏名」の欄、及び「請求人(申請人)の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすること」がである。

事業主は、第1回目の請求書には記入方お願いします。

|                          |  |    |   |   |     |     |
|--------------------------|--|----|---|---|-----|-----|
| ※1.のいずれかに○を付け、2.を記入して下さい | 1. 負傷当日は   |    |   |   |     |     |
|                          | イ. 所定終業時刻の前で、作業を中止した。<br>ロ. 所定終業時刻まで勤務(または残業)した。 |    |   |   |     |     |
| 労働保険料<br>納入状況            | 2. 最初に受診した医療機関は、平成 年 月 日に(医療機関名) _____ に受診した。    |    |   |   |     |     |
|                          | 年度   |    |   |   |     |     |
|                          | 1期(全期)分  | 平成 | 年 | 月 | 日   | 納入済 |
|                          | 2期   | 平成 | 年 | 月 | 日   | 納入済 |
| 3期                       | 平成   | 年  | 月 | 日 | 納入済 |     |

|              |                      |     |      |
|--------------|----------------------|-----|------|
| 社会保険士<br>労務職 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電話番号 |
|              |                      |     |      |

業務災害用

療養補償給付たる療養の給付請求書

事項をよく読んだ上で、記入してください。

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | フ |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | 。 |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

※ 3 4 5 5 0 ① 管轄局署 ② 業種別 ③ 保留 ④ 受付年月日

⑤ 労働者番号 ⑥ 処理区分 ⑦ 支給・不支給決定年月日

⑧ 性別 ⑨ 労働者の生年月日 ⑩ 負傷又は発病年月日 ⑪ 再発年月日

⑫ 氏名 ( ) ⑬ 傷病又は発病の時刻

⑭ 災害発生の事実を証認した者の職名、氏名

⑮ 災害の原因及び発生状況

⑯ 指定病院等の名称 所在地 電話番号 局番 郵便番号

⑰ 傷病の部位及び状態

⑱ 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名) 電話番号 局番 郵便番号

労働者の所属事業場の名称・所在地 電話番号 局番 郵便番号

上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。

労働基準監督署長 殿

請求人の 住所 氏名

病診院所經由 訪問看護事業者

支不支給決定決議書

署長 次長 課長 係長 係 決定年月日

調査年月日 復命番号

21. 3. 16 受付

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

\* 現認者がいない場合 最初に報告を受けた方

\* 建設業の場合は事業の名称、所在地、予定期間、積負金額も記入してください。

\* 負傷年月日と初診日が相違している場合はその理由を記入してください。

折り曲げる場合には( )の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

標準字体で記入してください。

この場合は代表取締役印を押してください。

所属事業場が同上の場合同上と記入してください。

(この欄は記入しないでください。)

帳票種別  
34703

修正項目番号

①新続再別  
1 初診  
3 経過診  
5 再診  
7 再診

③支払額  
円

④ 府県 所管 管轄 基幹 番号 枝番号  
労働者番号

⑤ 増減コード及び増減額  
円

⑥ 生年月日  
⑦ 傷病年月日

⑧ 増減理由  
⑨ 決定年月日

⑩ 療養期間  
⑪ 診療実日数

⑫ 処理区分

⑬ 合計額

修正欄

労働者の氏名 ( 歳)

傷病の部位及び傷病名

事業の名称

傷病の経過

事業場の所在地 都府 道県 郡区 市

診療内容

診療内容 金額 摘要

⑪初診 時間外・休日・深夜  
⑫再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜

⑪初診 円  
⑫再診 円  
⑬指導 円  
⑭その他 円  
小計 円

21,310  
円

⑬指導  
⑭在宅 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 其他 薬剤

摘要

⑮投薬 ⑰内服 薬剤 調剤  
⑱外用 薬剤 調剤  
⑳処方 薬  
㉑麻毒  
㉒調基

㉓注射 ⑲皮下筋肉内  
⑳静脈内  
㉑その他

㉒処置 薬剤

㉓手術 薬剤

㉔検査 薬剤

㉕面診 薬剤

㉖その他 処方せん 薬剤

小計 点① 円

資料No.

2

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

電話 [Redacted] 接照会顛末書

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年2月18日               | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted]         |                     |
| 電話番号 [Redacted]                 |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted]を確認をしたもの。 |                     |
| 5. 照会の顛末                        |                     |
| ① [Redacted]                    |                     |
| ② [Redacted]                    |                     |
| 6. 照会者職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted] |                     |

施行期

|    |                  |               |                    |    |     |    |   |
|----|------------------|---------------|--------------------|----|-----|----|---|
| 立案 | 21年2月24日         | 署長            | 次長                 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
| 決裁 | 21年2月25日         | [Redacted]    |                    |    |     |    |   |
| 施行 | 21年2月25日         | [Redacted]    |                    |    |     |    |   |
| 公印 | 保存<br>[Redacted] | 立案担当者<br>職氏名印 | 厚生労働事務官 [Redacted] |    |     |    |   |

基発第 84 号  
成 21 年 2 月 25 日

[Redacted] 殿

[Redacted] 労働基準監督署長

X線フィルム等の借用依頼について

下記の労働者の労災保険給付調査に必要ですので、同人のX線フィルム等を貸与していただきますようお願いいたします。

- 記
- 1 労働者氏名 [Redacted] ( [Redacted] )
  - 2 生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日
  - 4 必要フィルム 胸部X線フィルム  
<貴院での初診日から最終診療日までの分>

担当者: [Redacted] 労働基準監督署  
電話 [Redacted]



施行  
届

|          |                       |               |                    |    |                  |    |   |
|----------|-----------------------|---------------|--------------------|----|------------------|----|---|
| 立案<br>決裁 | Y1年 2 月 20 日<br>年 月 日 | 署長            | 次長                 | 課長 | 調査官              | 係長 | 係 |
| 施行       | 年月日印                  | [Redacted]    |                    |    |                  |    |   |
| 公印       | 保存<br>種別              | 立案担当者<br>職氏名印 | 厚生労働事務官 [Redacted] |    | 平成 21 年 2 月 23 日 |    |   |

基発第 18 号

平成 21 年 2 月 23 日

[Redacted] 殿

21.2.20 TEL (印)

[Redacted] 労働基準監督署長

職務内容等の照会について

労災保険給付に際して必要がありますので、労働者災害補償保険法第 46 条に基づき下記労働者に係る照会事項に関して、別紙によりご回答いただきたく照会いたします。

なお、ご多忙中恐縮ですが、平成 21 年 3 月 5 日までにご回答お願いいたします。

記

労働者氏名

[Redacted] ( [Redacted] )

( 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日生まれ )

※ 報告内容の根拠となる資料（健康診断個人票写し、賃金台帳写し、作業内容に関する資料）等がありましたら、添付していただきますようお願いいたします。

※ [Redacted] に係る資料（稼働開始時期・[Redacted] への移転時期・使用していた原材料等の資料・作業工程の分かるもの等）

※ [Redacted] にかかる資料（稼働開始時期・閉鎖時期・使用していた原材料等の資料・作業工程の分かるもの等）

連絡先： [Redacted] 労働基準監督署 [Redacted]

厚生労働事務官 [Redacted]

〒 [Redacted]

住所 [Redacted]

電話 [Redacted]

FAX [Redacted]

平成21年3月3日

労働基準監督署長 殿

会社名 株式会社  
代表者氏名

職務内容等について

元 当社労働者であった 氏 に関する下記事項について報告します。

記

1 労働者氏名 (昭和 年 月 日 生まれ)

2 職務歴  
入職日 昭和 年 月 日  
退職日 昭和 年 月 日

3 職務内容について

・入社年月日 昭和 年 月 日  
・退職年月日 昭和 年 月 日 (退職時の所属)

4 粉じん作業の有無について ( ) (どちらかに○を付けて下さい。)

(1)「有」の場合

イ 粉じん作業の従事期間  
昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日

ロ 粉じん作業の詳細  
①作業内容の詳細



②1日の平均労働時間数

③1か月の平均労働時間数

ハ じん肺健診実施の有無 ( ) (どちらかに○を付けて下さい。)  
(実施の場合は、健診票の写を添付して下さい。また、「無」の場合、一般健康診断の写を添付して下さい。)

(2)「無」の場合

具体的な作業内容について

5 賃金額等について  
イ 資料保管の有無( [redacted] (どちらかに○を付けて下さい。)

ロ 賃金形態  
[redacted]

ハ 賃金締切日  
[redacted]

ニ 支払日  
[redacted]

ホ 支払方法  
[redacted]

ヘ 特別給与(賞与等)の有無( [redacted] (どちらかに○を付けて下さい。)

「有」の場合

(イ)支給月日  
[redacted]

(ロ)金額

(ハ)支払方法  
[redacted]

6 その他参考事項(当該労働者の雇用前、退職後の就労状況等)  
[redacted]

以上





21.3.-3  
受付

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

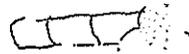
## 面接 照会 顛末 書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年2月17日  | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 株式会社 [Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted] |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted]を確認をしたもの。                              |                     |
| 5. 照会の顛末   |                     |
| ① [Redacted]   |                     |
| ② [Redacted]   |                     |
| ③ [Redacted]   |                     |
| ④ [Redacted]   |                     |
| ⑤ [Redacted]   |                     |
| ⑥ [Redacted]   |                     |
| 6. 照会者職氏名 厚生労働事務官 [Redacted]                                 |                     |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 面 接 照 会 顛 末 書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年7月3日   | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 株式会社 [Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted]     |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] について確認をしたもの。                              |                     |
| 5. 照会の顛末<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] |                     |
| 6. 照会者職氏名 厚生労働事務官 [Redacted]                                     |                     |



燒成印

〈参考資料210



持券〉



|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

電話

接照会顔末書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年3月16日  | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 株式会社 [Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted]       |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] について確認をしたもの。                                |                     |
| 5. 照会の顔末<br>① [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] |                     |
| 6. 照会者職氏名 厚生労働事務官 [Redacted]                                       |                     |

資料No. 4

平成 2 1 年 3 月 2 日

労働基準監督署長 殿

社会保険事務所

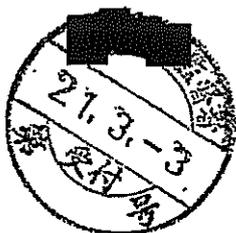
被保険者記録の照会について (回答)

平成 2 1 年 2 月 2 5 日付、基発第 8 5 号で照会のあった件について、下記のとおり  
回答します。

記

1. 氏名 ( ) 性別 生年月日 昭和 年 月 日  
加入者の住所 〒  
年金加入期間 別紙「被保険者記録照会回答票」のとおり

以上



|         |    |          |               |         |            |            |          |            |
|---------|----|----------|---------------|---------|------------|------------|----------|------------|
| 施行<br>同 | 決裁 | 21年2月25日 | 局長            | 次長      | 課長         | 調査官        | 係長       | 係          |
|         | 施行 | 年2月25日印  | [Redacted]    |         |            |            |          |            |
|         | 公印 | 保存<br>種別 | 立案担当者<br>職氏名印 | 厚生労働事務官 | [Redacted] | [Redacted] | 基発第 85 号 | 平成21年2月25日 |

[Redacted] 社会保険事務所長 殿

[Redacted] 労働基準監督署長

被保険者記録の照会について（依頼）

下記労働者にかかる労災保険給付の処理に必要ですので、被保険者記録を照会します。  
ご多忙中おそれいますが、平成21年3月4日までにご回答いただきますようお願いいたします。

記

氏名 [Redacted]  
住所 [Redacted]  
生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

担当者 [Redacted] 労働基準監督署  
[Redacted]  
電話 [Redacted]

# 被保険者記録照会回答票

⑬平成 21 年 2 月 27 日現在の加入記録です。

〒 [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

様

[Redacted]

社会保険事務所

生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

性別 [Redacted]

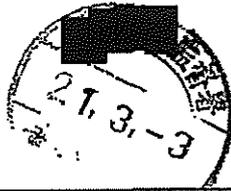
基礎年金番号 [Redacted]

年金手帳記号番号  
国民年金

厚生年金保険

船員保険

| 加入制度  | ① お勤め先の名称又は共済組合名等 | ② 資格取得年月日   | ③ 資格喪失年月日   | ④ 加入月数   | ⑤ 国民年金     |                |            |            |            | ⑥ 厚生年金保険   |            | ⑦ 船員保険       |              | ⑧ 年金加入期間合計<br>(⑤+⑥+⑦) |
|---|-------------------|---|---|--|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------------|
|   |                   |   |   |  | 納付済月数      | 全額免除月数         | 4分の3免除月数   | 半額免除月数     | 4分の1免除月数   | 学生納付特例月数   | 計          | 加入月数<br>(基金) | 加入期間<br>(基金) |                       |
| [Redacted]  | [Redacted]        | 昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted] | 昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted]<br>昭和 [Redacted] | [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] | [Redacted] | [Redacted]     | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted]   | [Redacted]   | [Redacted]            |
| ⑨ 国民年金の加入月数の合計 →  |                   |   |   |  | [Redacted] | [Redacted]     | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted]   | [Redacted]   | [Redacted]            |
| ⑩ 共済組合等加入月数   |                   |   |   |  | [Redacted] | ⑪ 合計加入期間 (⑤+⑥) |            |            |            |            | [Redacted] | [Redacted]   | [Redacted]   | [Redacted]            |
| 注:「⑩共済組合等加入月数」は、共済組合等から社会保険業務センターに登録されている加入月数です。平成8年以前に退職した共済組合等の加入月数は、情報提供されていない場合があります。 |                   |   |   |  |            |                |            |            |            |            |            |              |              |                       |
| ⑫ 備考欄   |                   |   |   |  |            |                |            |            |            |            |            |              |              |                       |



趣  
行  
届

|   |   |                  |               |                    |
|---|---|------------------|---------------|--------------------|
| 年 | 月 | 日                | [Redacted]    |                    |
| 行 | 年 | 月                | 日             | 印                  |
| 公 | 印 | 保<br>存<br>検<br>別 | 立案担当者<br>職氏名印 | 厚生労働事務官 [Redacted] |
|   |   |                  | 基発第 133 号     | 平成 21 年 3 月 28 日   |

[Redacted] 社会保険事務所長 殿

[Redacted] 労働基準監督署長

年金記録にかかる事業場の所在地等の確認について (依頼)

今般、下記労働者から [Redacted] により疾病に罹患したとして、労災保険給付に係る請求書が平成21年2月13日に提出されました。

上記の保険給付の処理を行うため職歴の確認を行っておりますが、「被保険者記録回答票」に記載されている事業場「[Redacted] (株)」の名称のみでは商業登記簿謄本を照会するも該当がないため当該事業場の所在地をご回答願います。

ご多忙中誠に申し訳ありませんが、平成21年4月3日までにご回答いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 被災労働者氏名 [Redacted] (生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日)  
 基礎年金番号 [Redacted]  
 住 所 [Redacted]

2. 所在地の確認を要する事業場名称  
 ① [Redacted] (株) <在職期間 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 ~ [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 >

3. 添付資料  
 同意書

<連絡先>  
 [Redacted] 労働基準監督署 [Redacted]  
 電話番号 [Redacted]

平成 2 1 年 3 月 2 6 日

労働基準監督署長 殿

社会保険事務所

被保険者記録の照会について (回答)

平成 2 1 年 3 月 2 4 日付、基発第 1 3 3 号で照会のあった件について、下記のとおり回答します。

記

1. 氏名 ( ) 性別 生年月日 昭和 年 月 日  
基礎年金番号

事業所名称及び所在地

(株)

以上





聴 取 書

住 所

職 業

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日 ( 歳)

平成21年3月4日

において本職は上記の者より次のとお

り聴取した。

1.

2.

3.

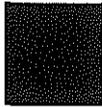
4.

5.

6.

前七  
加七

|                |
|----------------|
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 7. [Redacted]  |
| [Redacted]     |
| 8. [Redacted]  |
| [Redacted]     |
| 9. [Redacted]  |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 10. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 11. [Redacted] |
| 12. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 13. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 14. [Redacted] |



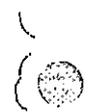
|                |
|----------------|
| [Redacted]     |
| 15. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| 16. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 17. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| [Redacted]     |
| 18. [Redacted] |
| [Redacted]     |
| 19. [Redacted] |
| [Redacted]     |

刑  
字  
加  
字

加  
大  
字



|     |            |
|-----|------------|
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 20. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 21. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 22. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 23. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 24. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 25. | [Redacted] |





|     |            |
|-----|------------|
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 26. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 27. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 28. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 29. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
|     | [Redacted] |
| 30. | [Redacted] |
|     | [Redacted] |



|  |
|--|
| [Redacted]                                   |
| 31. [Redacted]                               |
| [Redacted]                                   |
| 32. [Redacted]                               |
| [Redacted]                                   |
| [Redacted]                                   |
| 33. [Redacted]                               |
| [Redacted]                                   |
| [Redacted]                                   |
| [Redacted]                                   |
| 34. [Redacted]                               |
| [Redacted]                                   |
| 35. [Redacted]                               |
| [Redacted]                                   |
| [Redacted]                                   |
| 上記のとおり録取して読み聞かせたところ、誤りのない<br>ことを申し立て署名、押印した。 |
| 前同日  |
| [Redacted] 労働基準監督署                           |
| 厚生労働事務官 [Redacted]                           |
|  |
|  |
|  |

700

( )

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
|    | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
| 供覧 | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 面 接 照 会 顛 末 書

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年3月4日                | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>請求人に聴取時に確認         |                     |
| 4. 照会の要旨<br>当時の同僚等について          |                     |
| 5. 照会の顛末                        |                     |
| ① [Redacted]                    |                     |
| ② [Redacted]                    |                     |
| 6. 照会者職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted] |                     |

21.3.5. 事業場 [Redacted] 氏に  
電話し、[Redacted]  
[Redacted] 不在記すより依頼済

21. 3. 10

[Redacted]

[Redacted]



|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 電話照会顛末書

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年3月6日  | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<日高光男 氏の同僚><br>[Redacted] (大正 [Redacted]年 [Redacted]月 [Redacted]日生)<br>電話番号 [Redacted] |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] について確認したもの。  |                     |
| 5. 照会の顛末  |                     |
| ①   | [Redacted]          |
| ②   | [Redacted]          |
| ③   | [Redacted]          |
| ④   | [Redacted]          |
| ⑤   | [Redacted]          |
| ⑥   | [Redacted]          |
| ⑦   | [Redacted]          |
| ⑧   | [Redacted]          |

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

[Redacted]

⑯

[Redacted]

⑰

[Redacted]

⑱

[Redacted]

⑲

[Redacted]

㉑

[Redacted]

㉒

[Redacted]

6. 照会者職氏名

厚生労働事務官

[Redacted]

|         |
|---------|
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
| 資料No. 7 |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 電話照会顛末書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年4月6日   | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名 < [Redacted] ><br>[Redacted] (大正 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日生)<br>電話番号 [Redacted] |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] (株) [Redacted] の確認  |                     |
| 5. 照会の顛末   |                     |
| ① [Redacted]   |                     |
| ② [Redacted]   |                     |
| ③ [Redacted]   |                     |
| ④ [Redacted]   |                     |
| ⑤ [Redacted]   |                     |
| ⑥ [Redacted]   |                     |

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

6. 照会者職氏名

厚生労働事務官

4/8 [redacted] に 連絡先  
確認済み。

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 電話照会顛末書

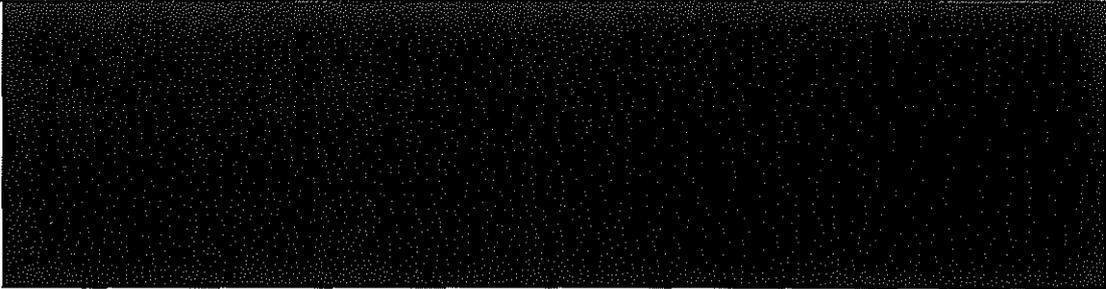
|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年4月2日   | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 株式会社 [Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted]   |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] について確認をしたもの。  |                     |
| 5. 照会の顛末<br><br>① [Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted]<br>[Redacted] |                     |
| 6. 照会者職氏名 厚生労働事務官 [Redacted]   |                     |

|         |
|---------|
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
| 資料No. 8 |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 電話照会顛末書

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年4月27日   | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名 < [Redacted] ><br>(大正 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日生)<br>電話番号 [Redacted] |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] (株) [Redacted] の確認   |                     |
| 5. 照会の顛末  |                     |
| ① [Redacted]  |                     |
| ② [Redacted]  |                     |
| ③ [Redacted]  |                     |
| ④ [Redacted]  |                     |
| ⑤ [Redacted]  |                     |
| ⑥ [Redacted]  |                     |
| ⑦ [Redacted]  |                     |



⑧



6. 照会者職氏名

厚生労働事務官



( )

( )

105

|         |
|---------|
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
| 資料No. 9 |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |
|         |

基発第 283 号  
平成21年3月5日

|            |    |    |    |   |
|------------|----|----|----|---|
| 署長         | 次長 | 課長 | 給調 | 係 |
| [Redacted] |    |    |    |   |

[Redacted] 殿

### 意見書の提出依頼について

業務上外の認定 再発の認定  
 下記に労働者にかかる治癒の認定 障害等級の認定 について必要があるので、下  
 記の事項について診断を依頼してよろしいかお伺いします。

#### 記

|                  |   |               |   |
|------------------|---|---------------|---|
| 労働保険<br>番号       | [Redacted]  | 労働者の<br>氏名、年齢 | [Redacted] ( [Redacted] 歳)                |
| 事業場の<br>名称       | [Redacted] (株) [Redacted]   | 労働者の<br>住所    | [Redacted]                                |
| 最終診療<br>機関名      | [Redacted]  | 労働者の<br>職     | [Redacted]                                |
| 傷病名              | [Redacted]  | 負傷<br>発病年月日   | 平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 |
| 依<br>頼<br>事<br>項 | 上記労働者にかかる労災補償給付について、業務上外の決定のために<br>必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、別紙事項についてご回答願いま<br>す。<br><br>※ レントゲンフィルム、CT、MRI等も併せて貸与願います。<br><貴院での初診分（平成17年）から最終受診分まで> |               |   |
| 添付書類             | 1   | 2             | 3 4                                       |
| 提出期限             | 平成21年3月23日  |               | 担当者官職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted]             |

1. [ ] の治療にかかる

- ① 初診年月日について
- ② 初診時の症状について

2. 治療内容及び症状の経過について

3. [ ] の判断根拠及び確定診断日

※ 病理組織検査結果、CT検査報告書、[ ] 機能検査結果等判断根拠となった検査結果の写しの添付をお願いいたします。

4. 上記 [ ] が原発性であるか否か、その根拠とともにご教示ください

5. [ ] 手術時に確認された [ ] の病状等（変性の特徴等）及び摘出臓器保存の有無について御教示ください。

※被災労働者より「 [ ] 」との申し出がありました。当該病状について、医学的所見等がありましたら、ご教示願います。

6. 既往症及び基礎疾患について

|  |
|--|
| 被災労働者は「じん肺管理区分」の決定を受けていないため、今回請求された「 [ ] 」の発症前の状況が「じん肺管理区分」のいずれに相当するかの判断を行う必要がありますので、以下についてもご教示ください。 |
|--|

7. じん肺の所見について

< [ ] のじん肺の所見についてご教示ください >

※じん肺法上の胸部レ線写真像の「型」についてもご教示いただければ幸いです。

※参照とした胸部レ線の撮影日も御記載ください。

8. [ ] 機能検査を行っている場合は、その検査結果（写）を添付願います。

9. 貴院の最終診療日時点の傷病の状態において、今後じん肺の管理区分の決定を行う際に必要な検査（ [ ] 機能検査等）が受けられる状態であるか否かについて

供 覧  
 局長 次長 労災課長 総務課長 事務官 担当官  
 [Redacted]

様式 4

第 283 号

平成 21 年 3 月 11 日

労働基準監督署長殿

病院  
診療所

医師

意見書の提出について

今般、標記について依頼がありましたので、下記のとおり意見を申し述べます。

記

| 労働保険号             | 府県         | 所管管区       | 基幹番号       | 枝番号        | 負傷発病年月日    | 年          | 月          | 日          | 治癒年月日      | 年          | 月          | 日          |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| [Redacted]        | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] |
| 労働者の名氏            | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted] | 負傷の部位及び傷病名 | [Redacted] |
| 主訴及び自覚症           | [Redacted] |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| 依頼事項にかかる意見(検査成績等) | [Redacted] |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |

21.3.13  
 労働基準監督署  
 受付

0111・7・11 基幹第四四四号

- (注) 1. この意見書は、1部労働基準監督署長へ提出してください。 (署提出用)  
 2. 「医師の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

|               |           |            |
|---------------|-----------|------------|
| 不備返戻<br>した書類の | 種類        | 意見書        |
|               | 受付<br>年月日 | 平成21年3月13日 |
|               | 受付<br>番号  |            |

|    |    |     |
|----|----|-----|
| 課長 | 係長 | 担当者 |
|----|----|-----|

不備返戻（照会）付箋

第 266 号  
平成 21 年 3 月 24 日

(住所) [Redacted]

(氏名) [Redacted] 殿 [Redacted] 労働基準監督署

この書類は、下記事項について整備(回答)のうえ再提出してください。

記

平成21年3月11日付で貴院 [Redacted] 医師に作成いただきました「意見書の提出について」の回答項目の中で、当署から依頼させていただいた別添事項のうち、一部ご回答いただいていない項目がございましたので、確認のうえ、別紙にご回答願います。

※ ピンクのラインマーカーの項目につきましては、請求人の業務上外の決定に不可欠の項目となりますので、必ず御記載願います。

※ 水色のラインマーカーの項目につきましては、貴院での最終診療時点で判断が可能であればご回答願います。判断ができない場合は、その旨御記載願います。

【病理組織検査結果、CT検査報告書等の写しを添付してください】

【診療録のコピーを添付してください】

提出期限 平成21年3月31日

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 請求人以外のものに<br>返戻した場合は請求<br>人の住所氏名 | [Redacted] |
|----------------------------------|------------|

|            |    |    |      |    |    |    |             |
|------------|----|----|------|----|----|----|-------------|
| 係          | 係員 | 係長 | 給付調査 | 課長 | 次長 | 署長 | 年<br>月<br>日 |
| [Redacted] |    |    |      |    |    |    |             |

様式 4

第 266 号  
平成 21 年 4 月 3 日

労働基準監督署長殿

病院  
診療所

医師

意見書の提出について

今般、標記について依頼がありましたので、下記のとおり意見を申し述べます。

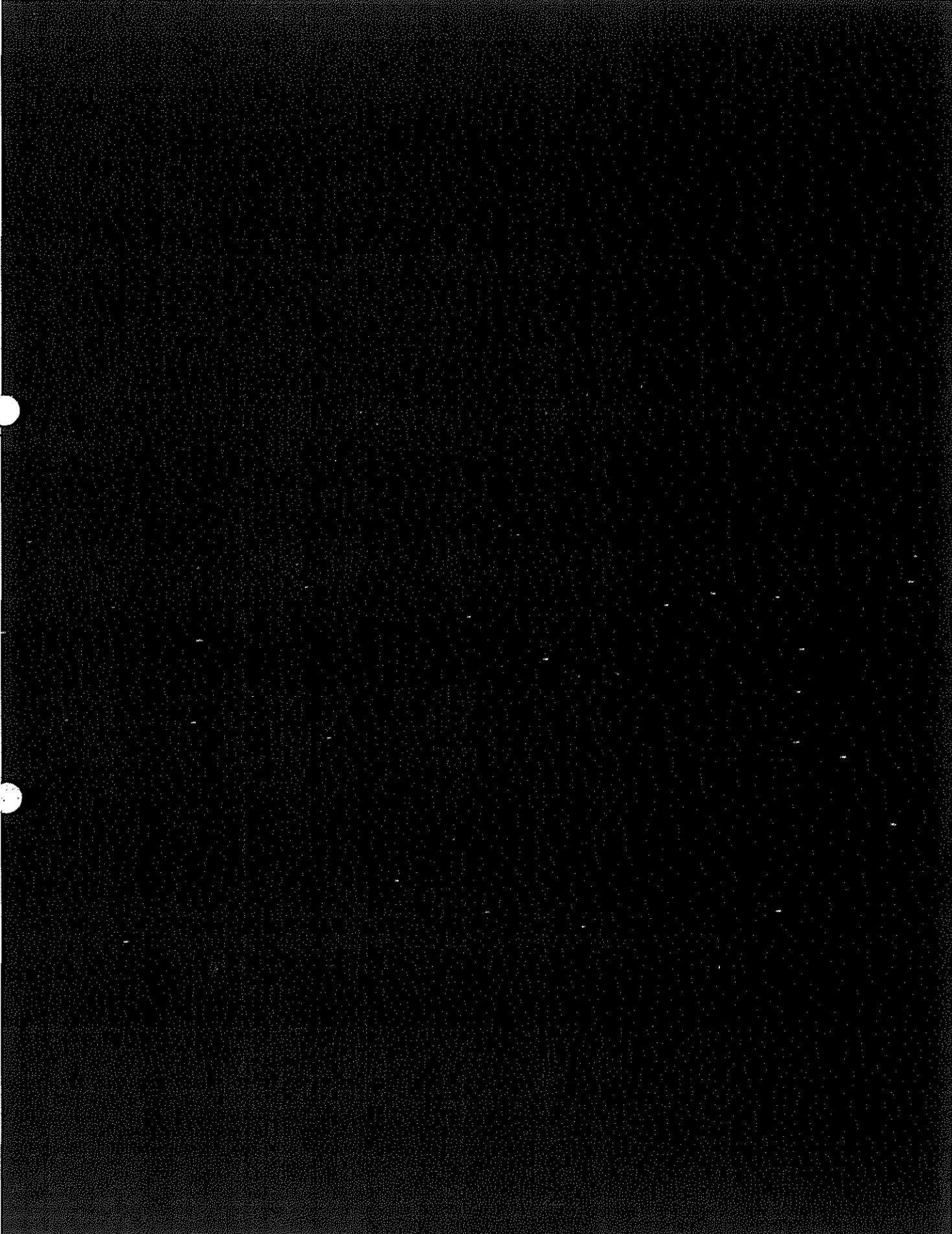
記

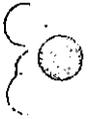
|                   |            |            |     |       |           |       |     |
|-------------------|------------|------------|-----|-------|-----------|-------|-----|
| 労働保険号             | 府県 所管 医科   | 基幹番号       | 技番号 | 発病年月日 | 420年10月6日 | 治ゆ年月日 | 年月日 |
| 労働者の名             | ( 歳)       | 負傷の部位及び傷病名 |     |       |           |       |     |
| 主訴及び自覚症           | [Redacted] |            |     |       |           |       |     |
| 依頼事項にかかる意見(検査成績等) | [Redacted] |            |     |       |           |       |     |

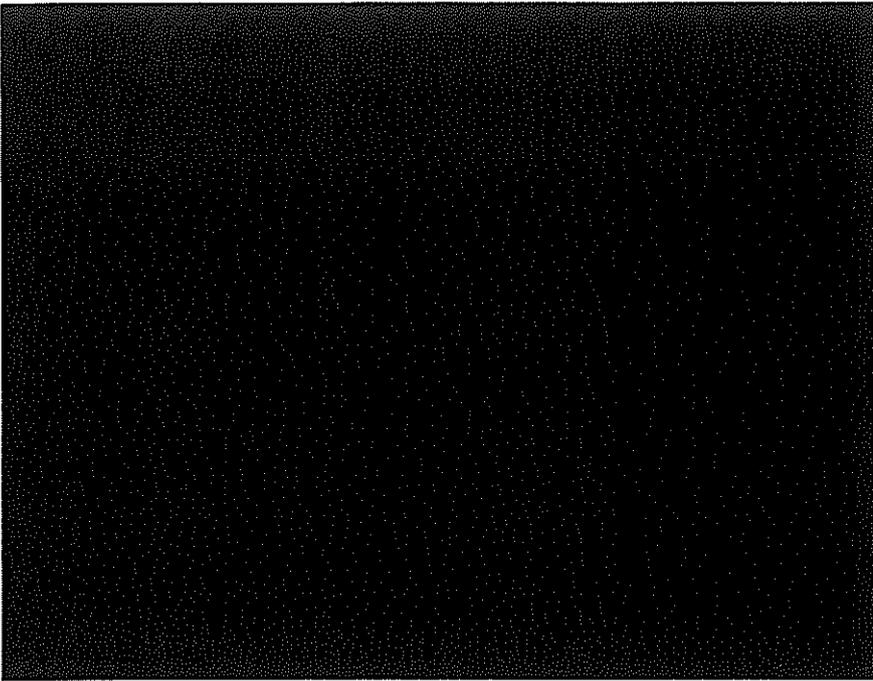


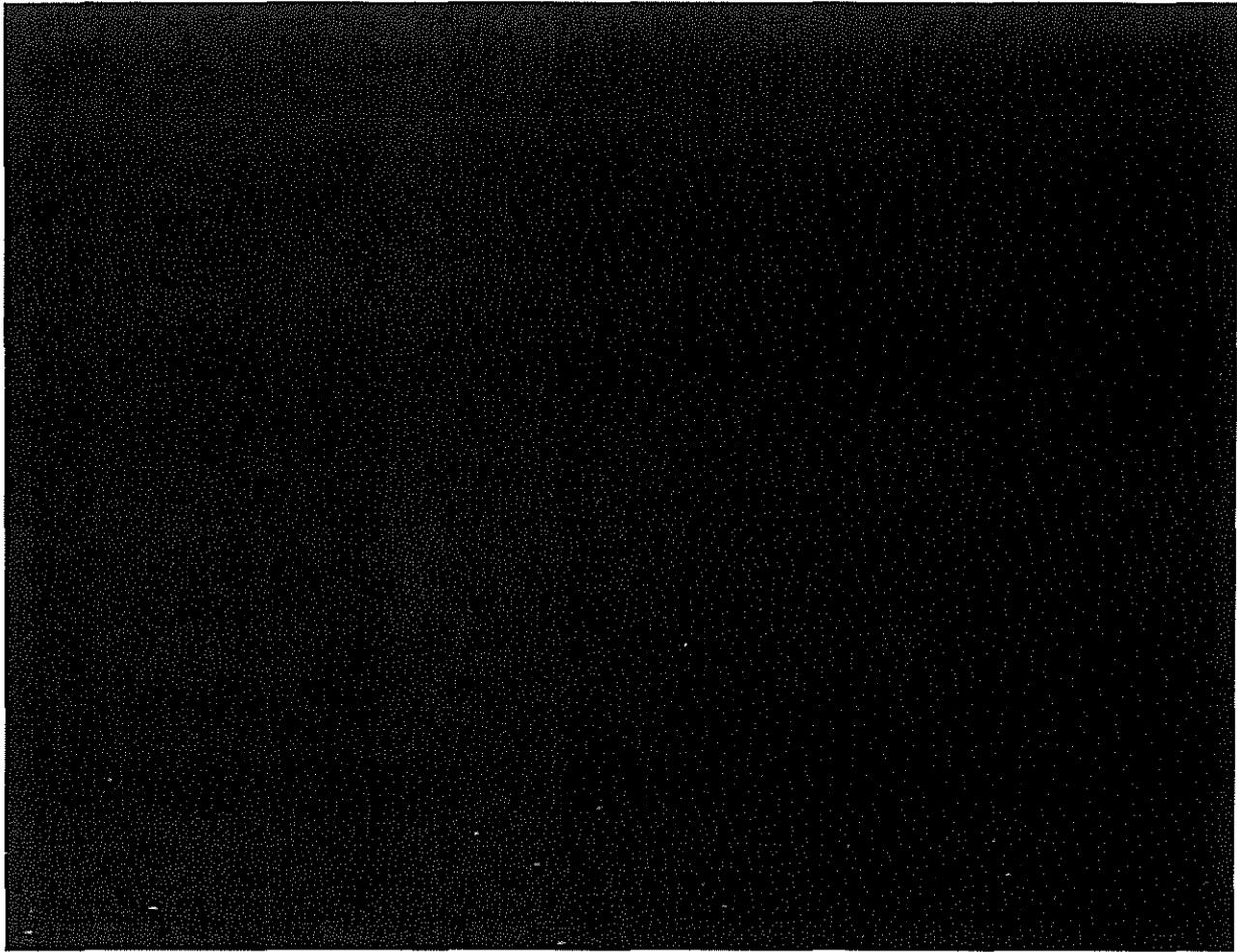
(三三・七・二二 基幹第四五四号)

- (注) 1. この意見書は、1部労働基準監督署長へ提出してください。 (番提出用)  
2. 「医師の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。









21

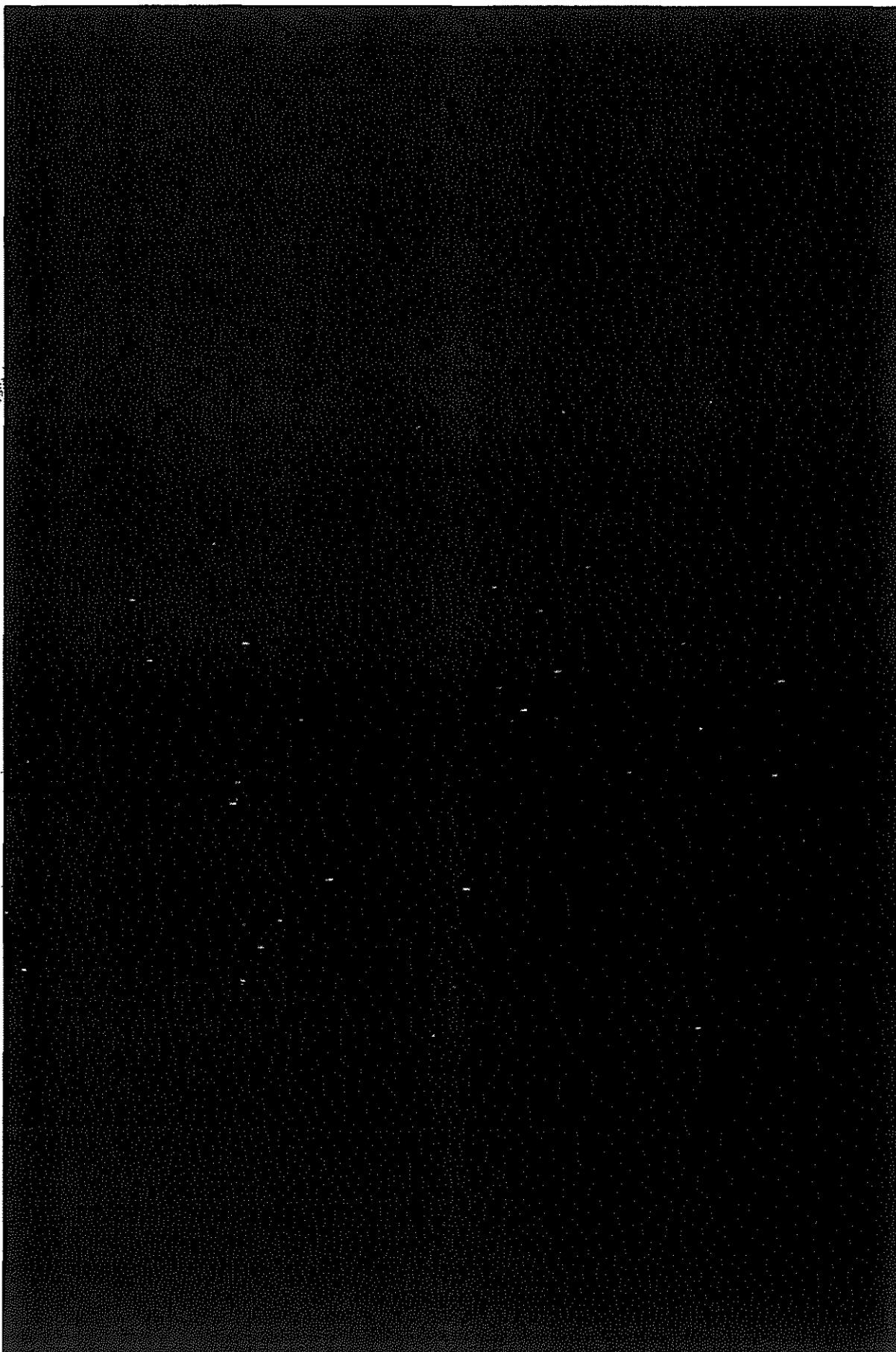
21



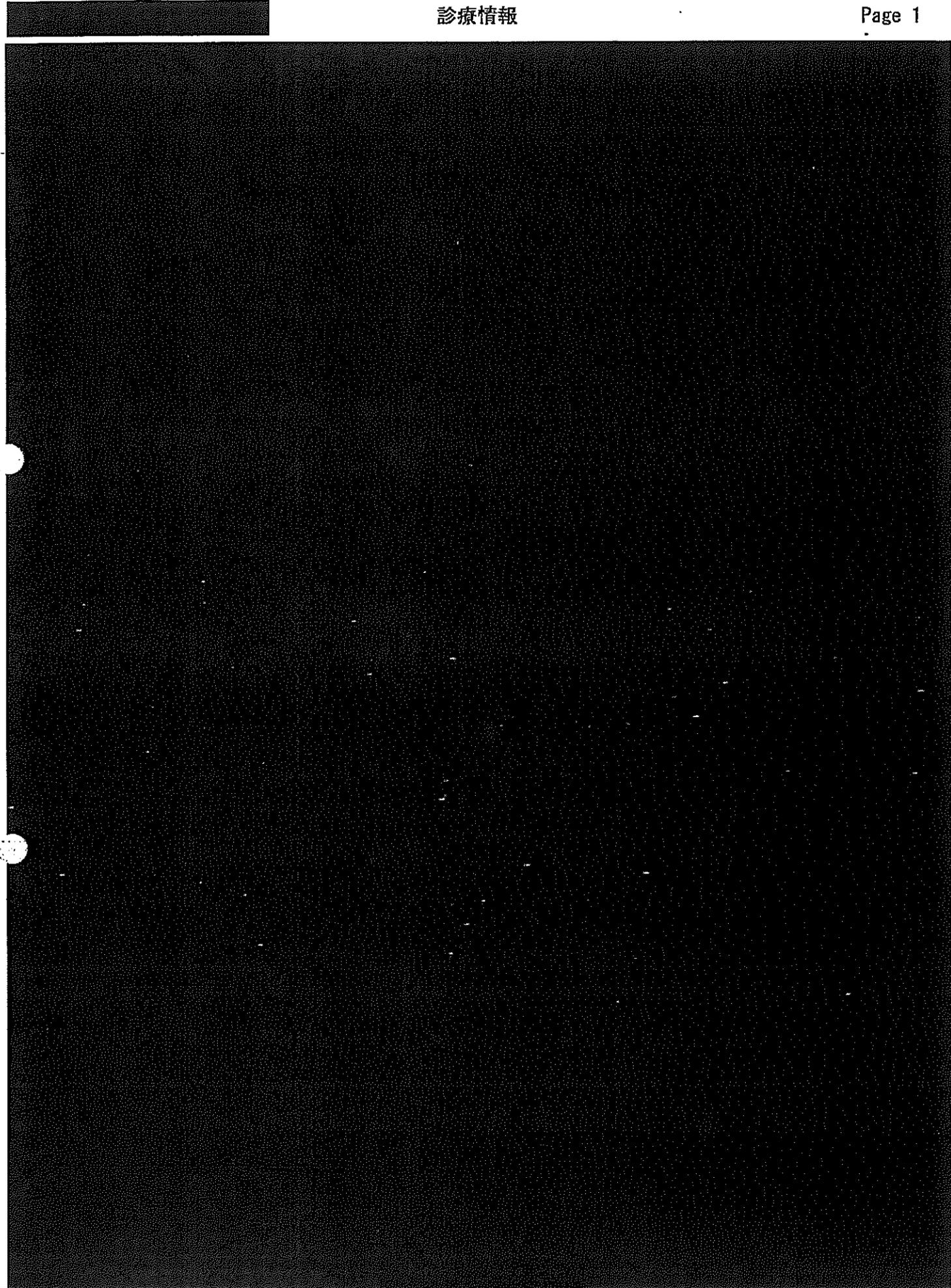
検査報告書 (CT)

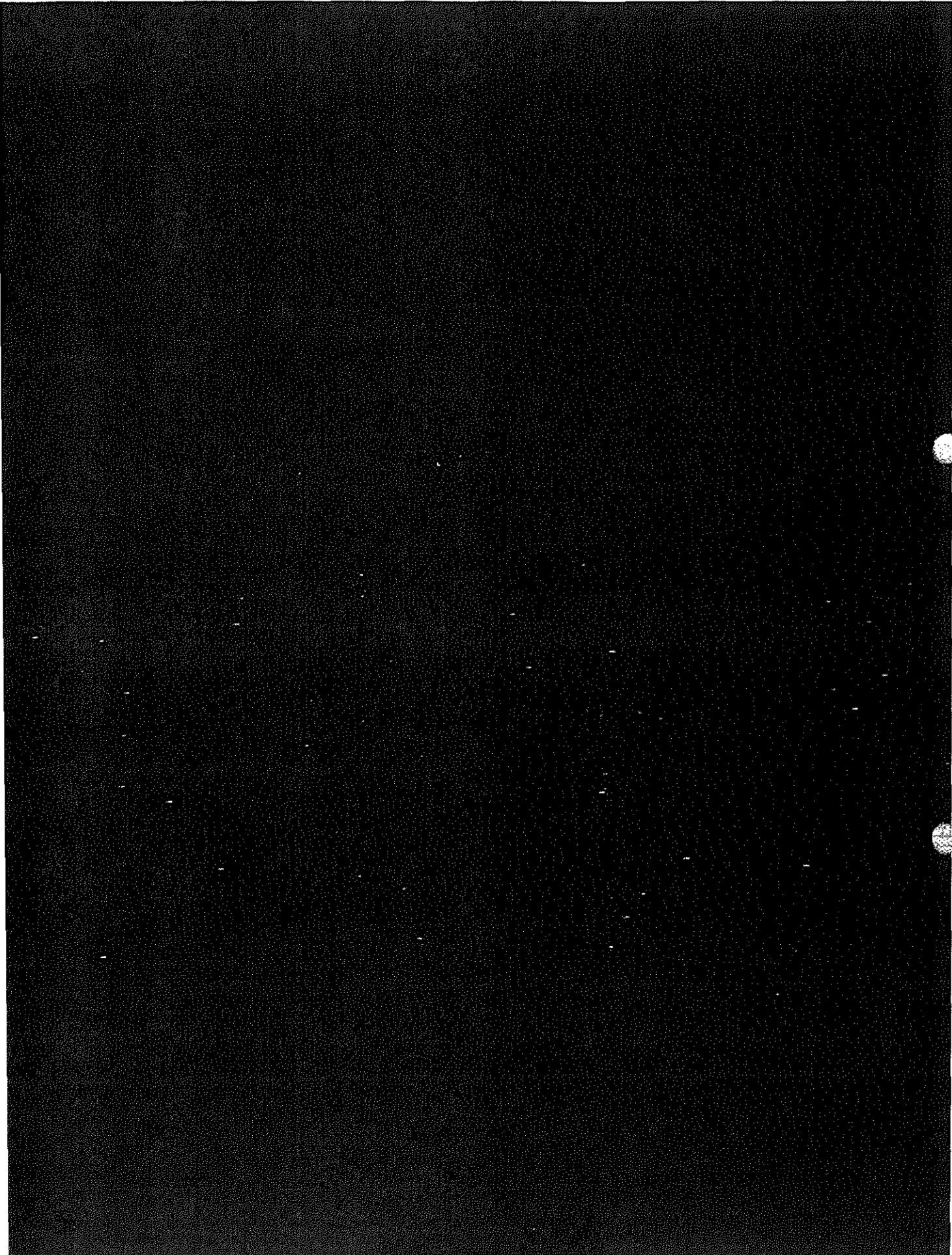


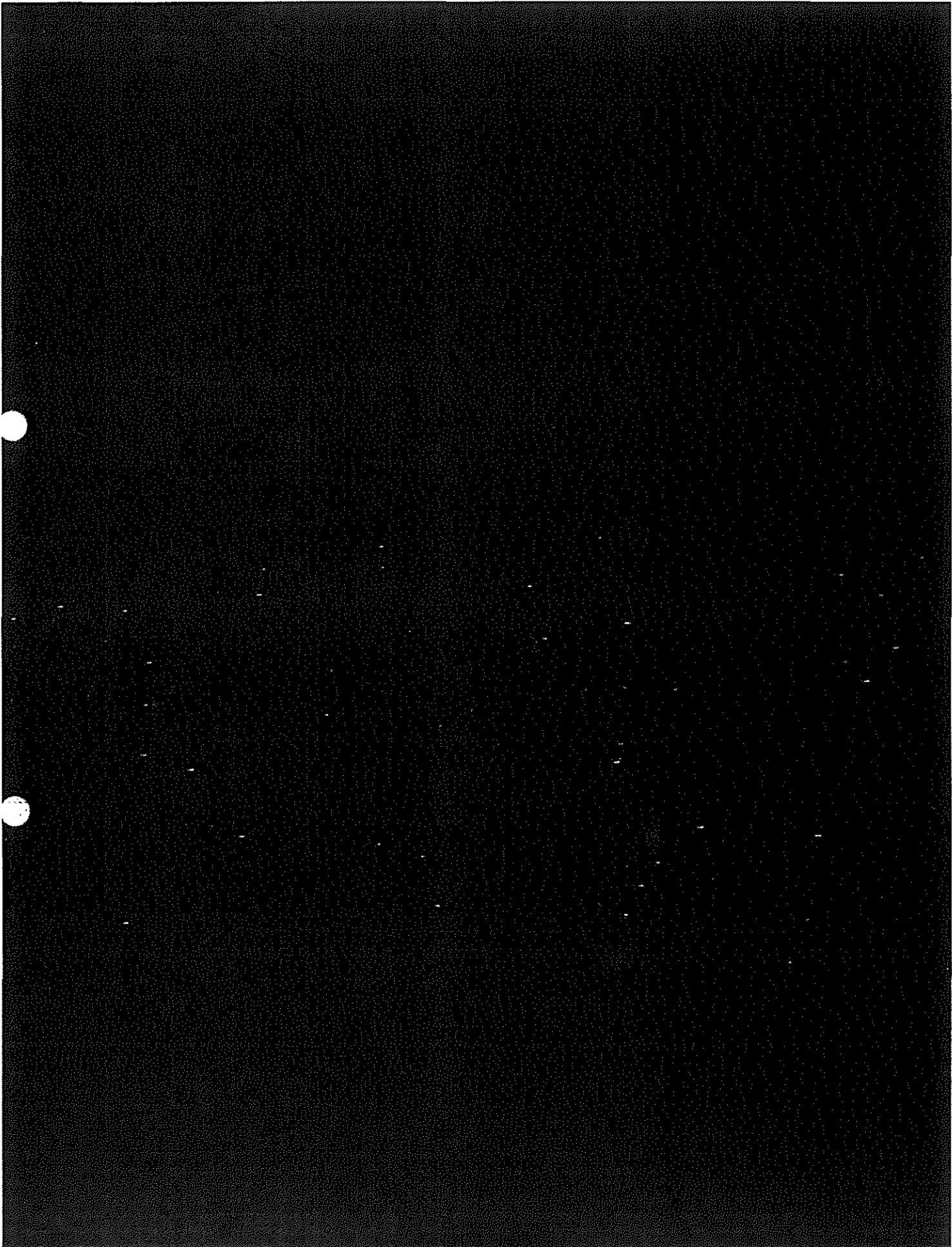


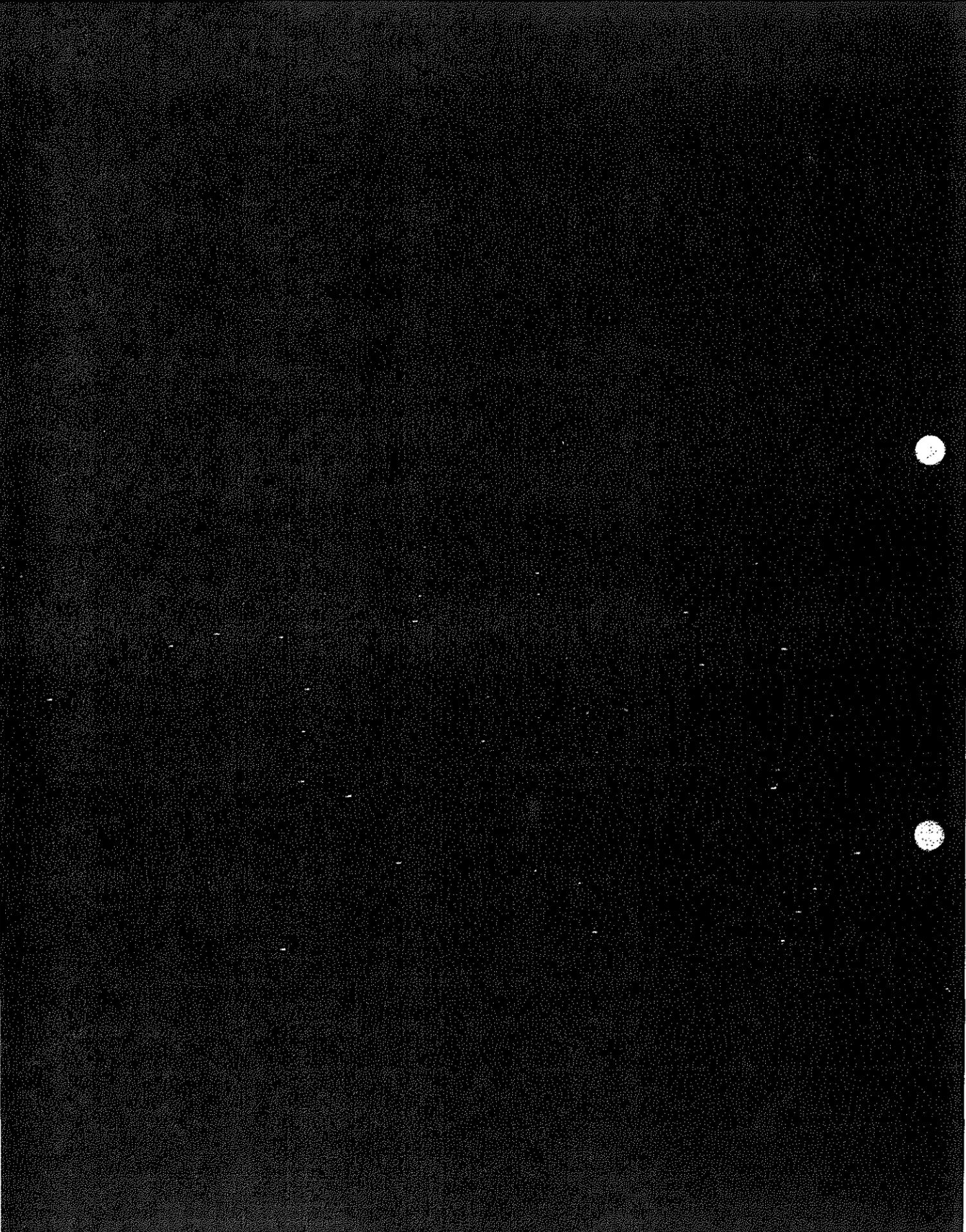


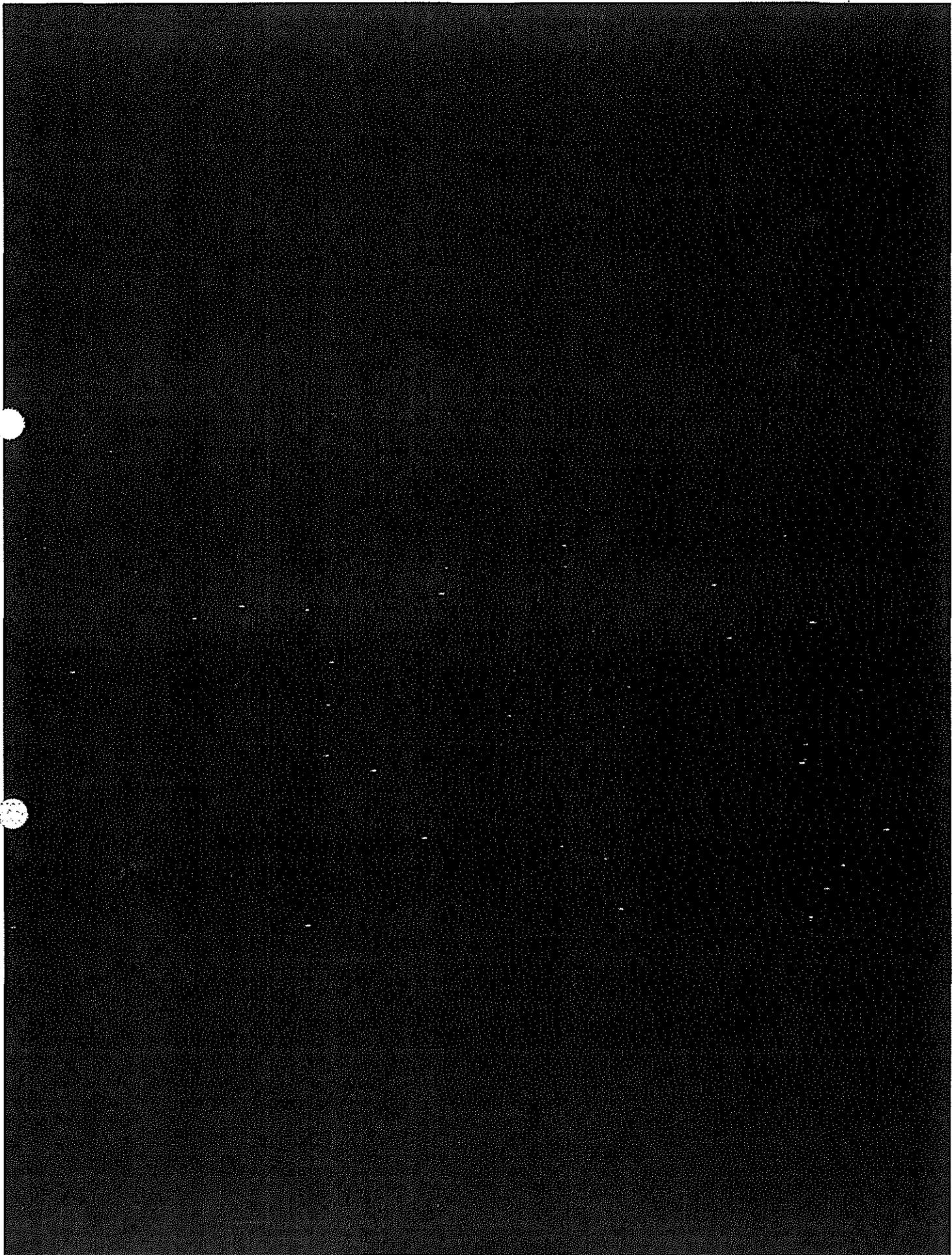
交付済



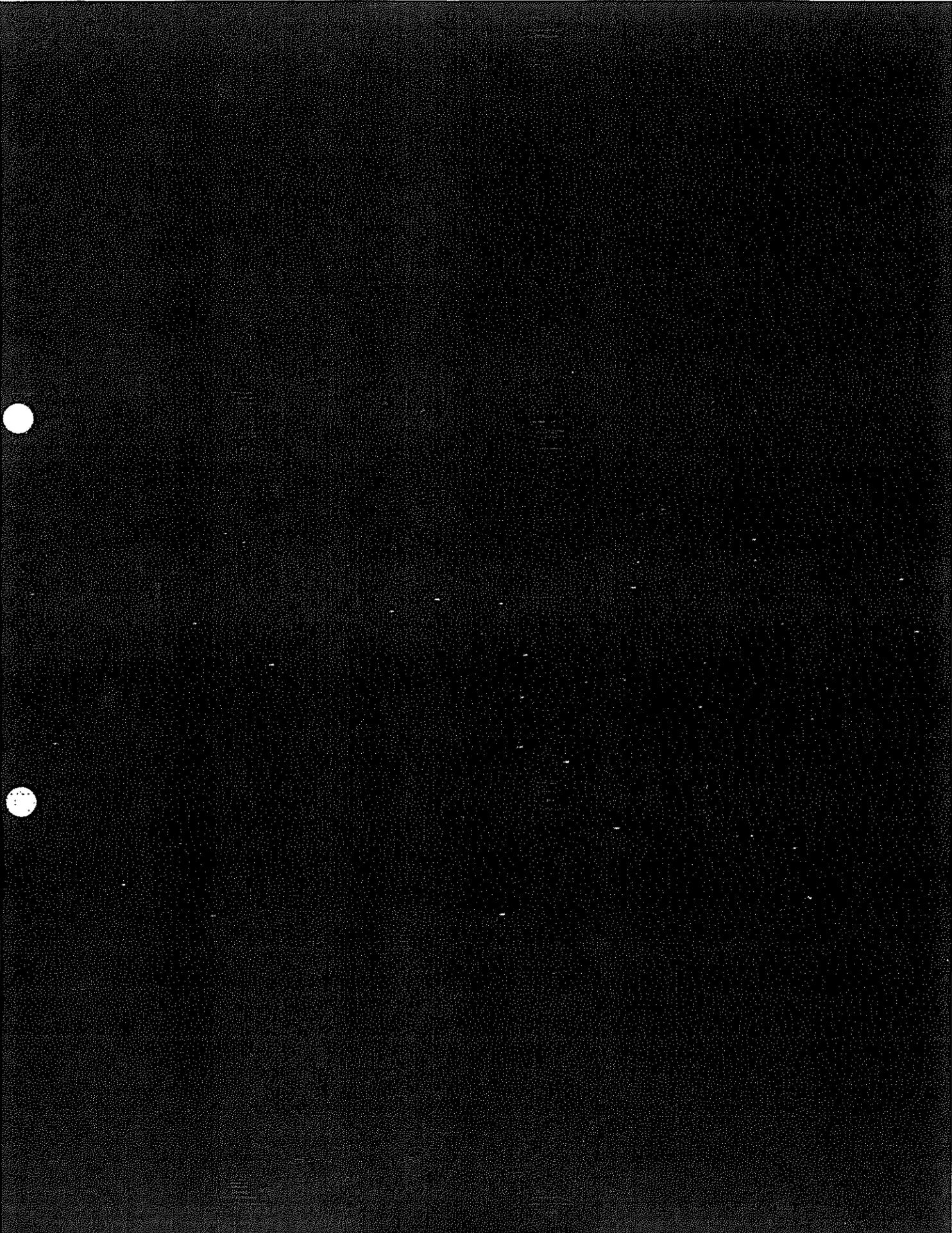




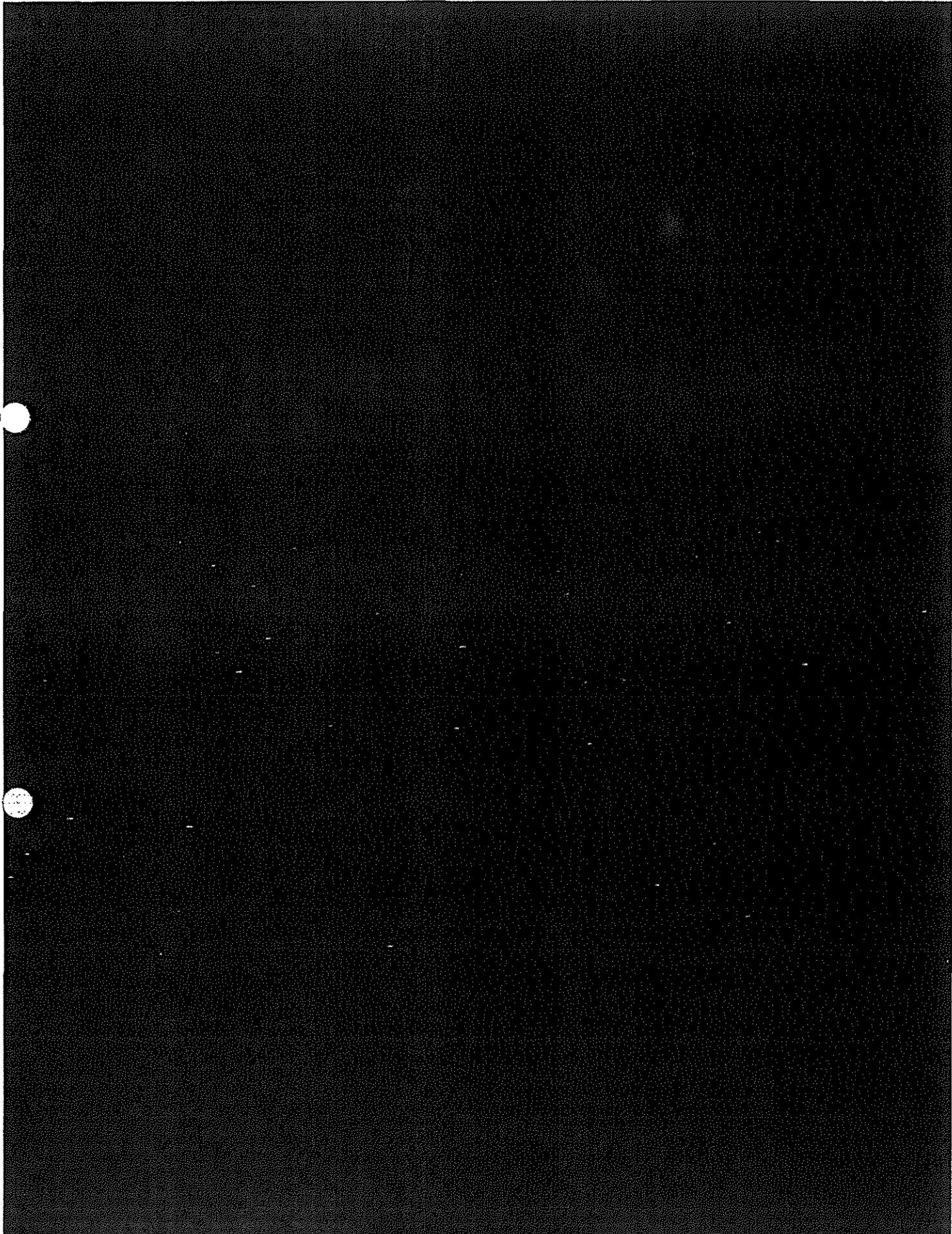




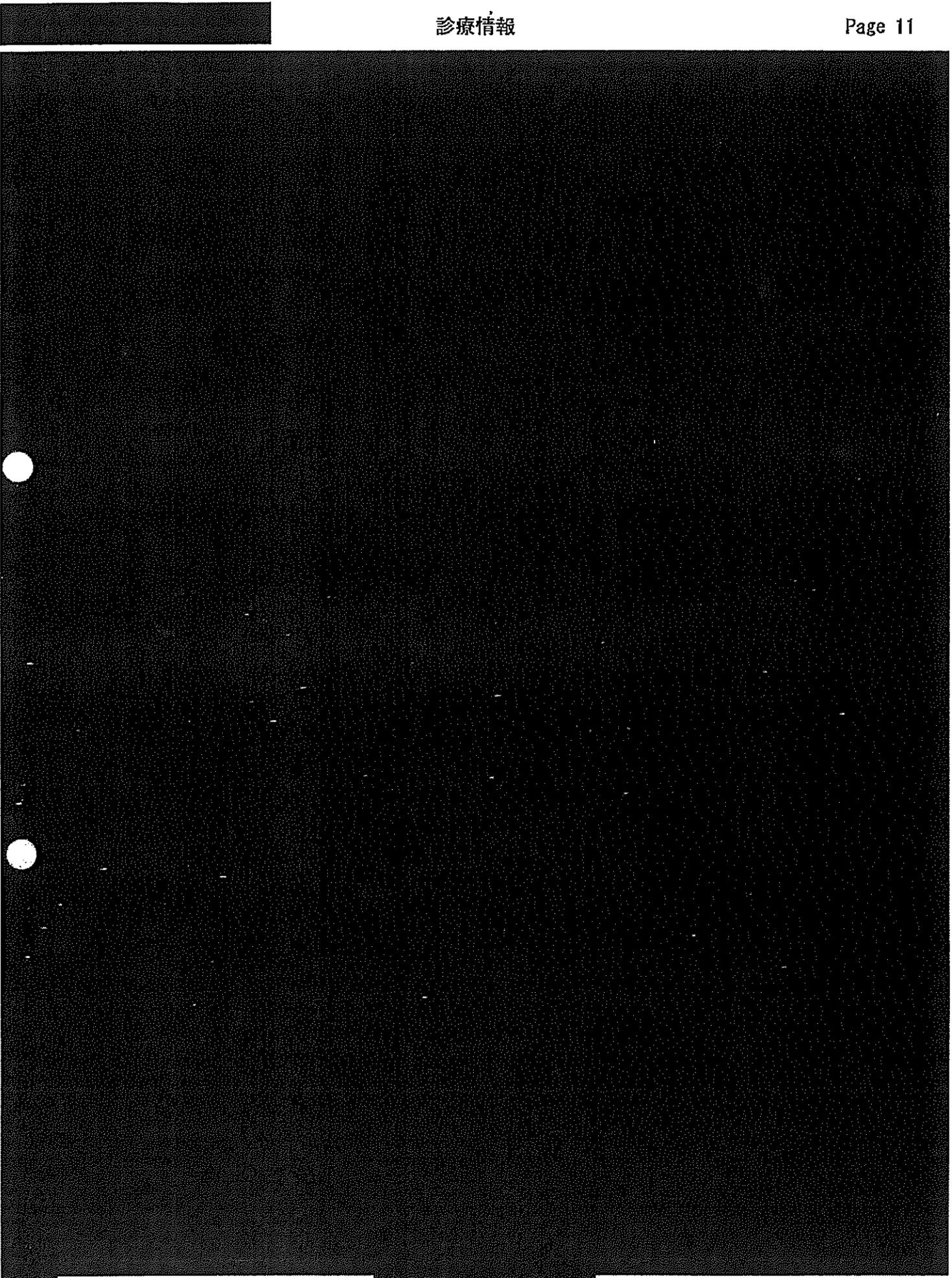




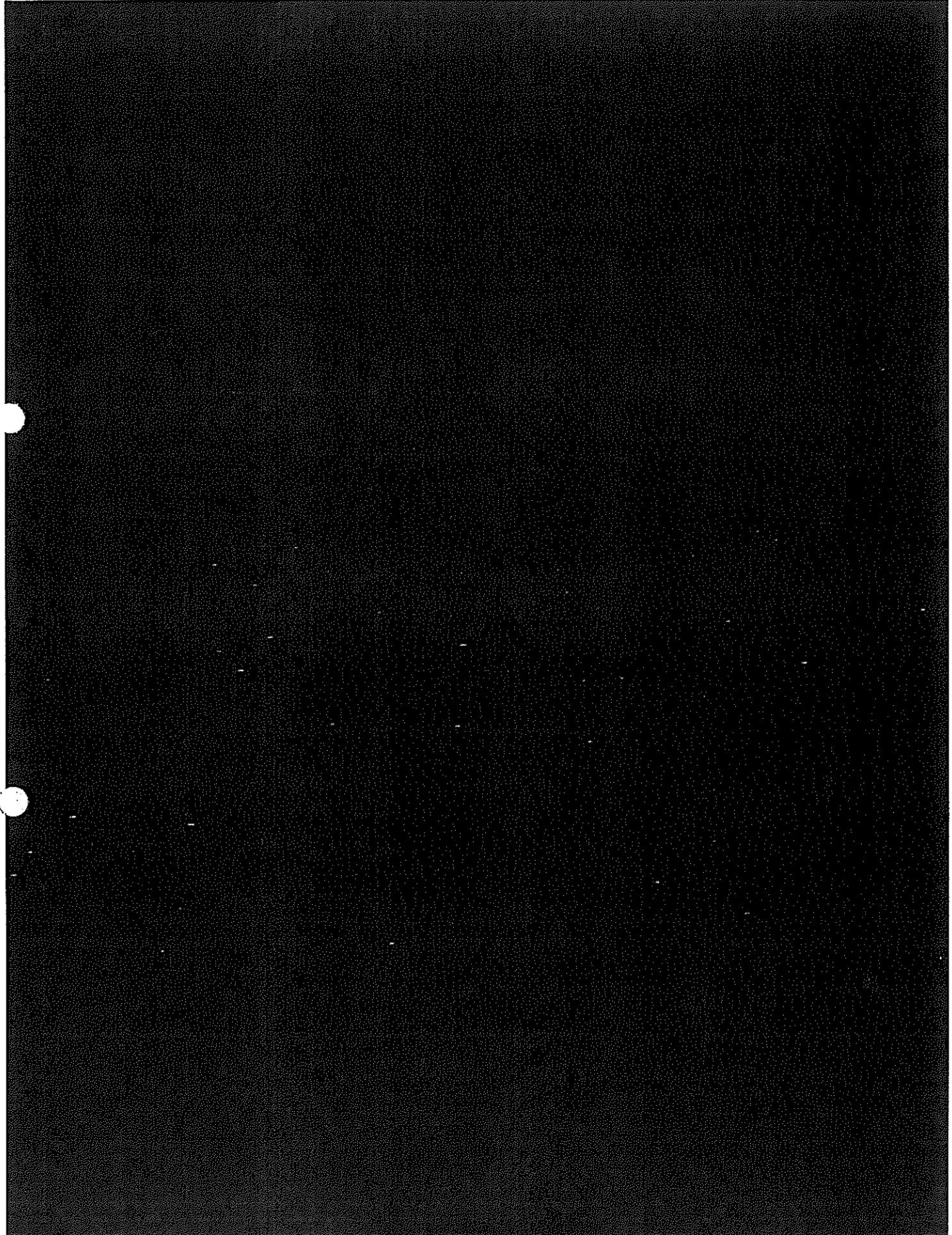




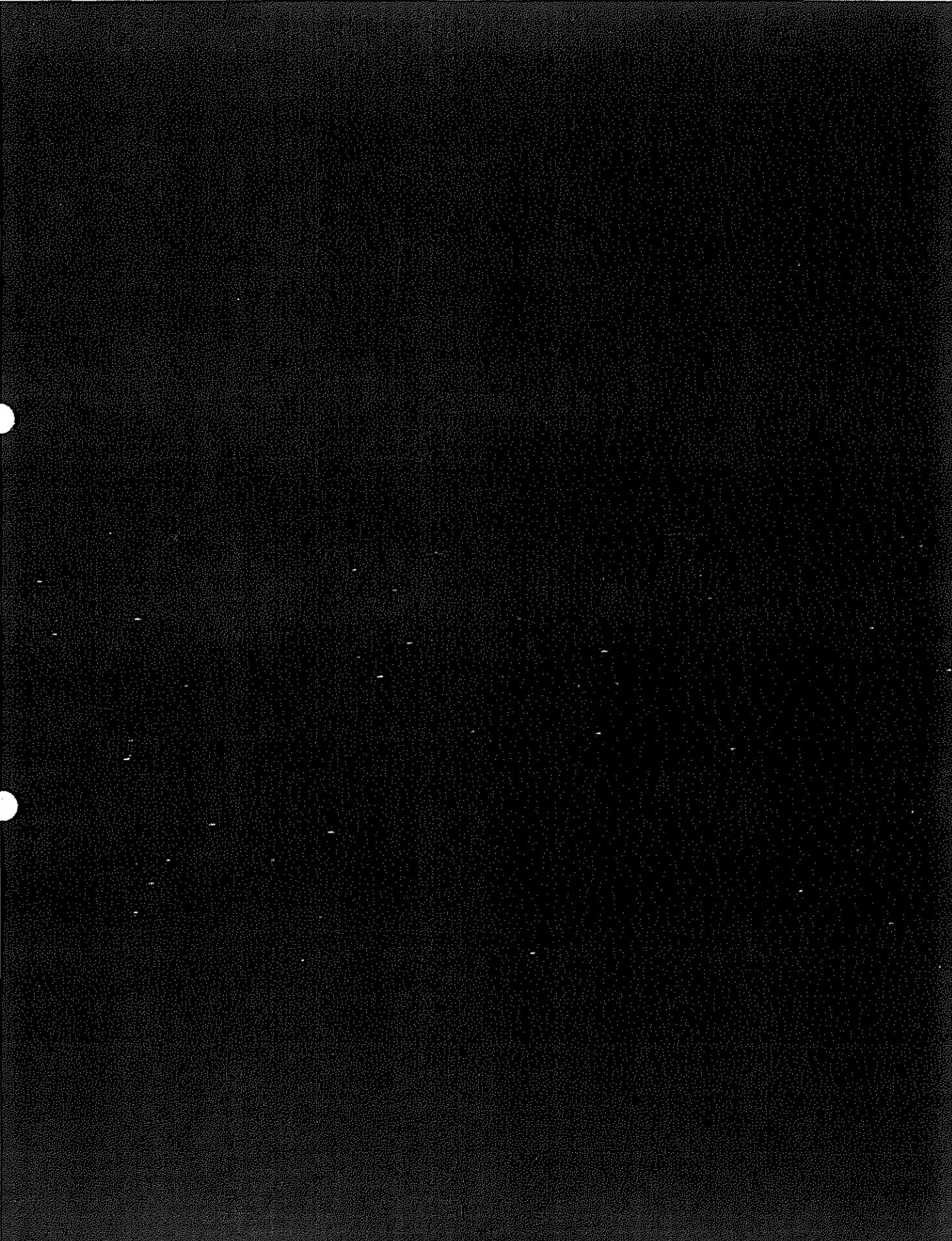




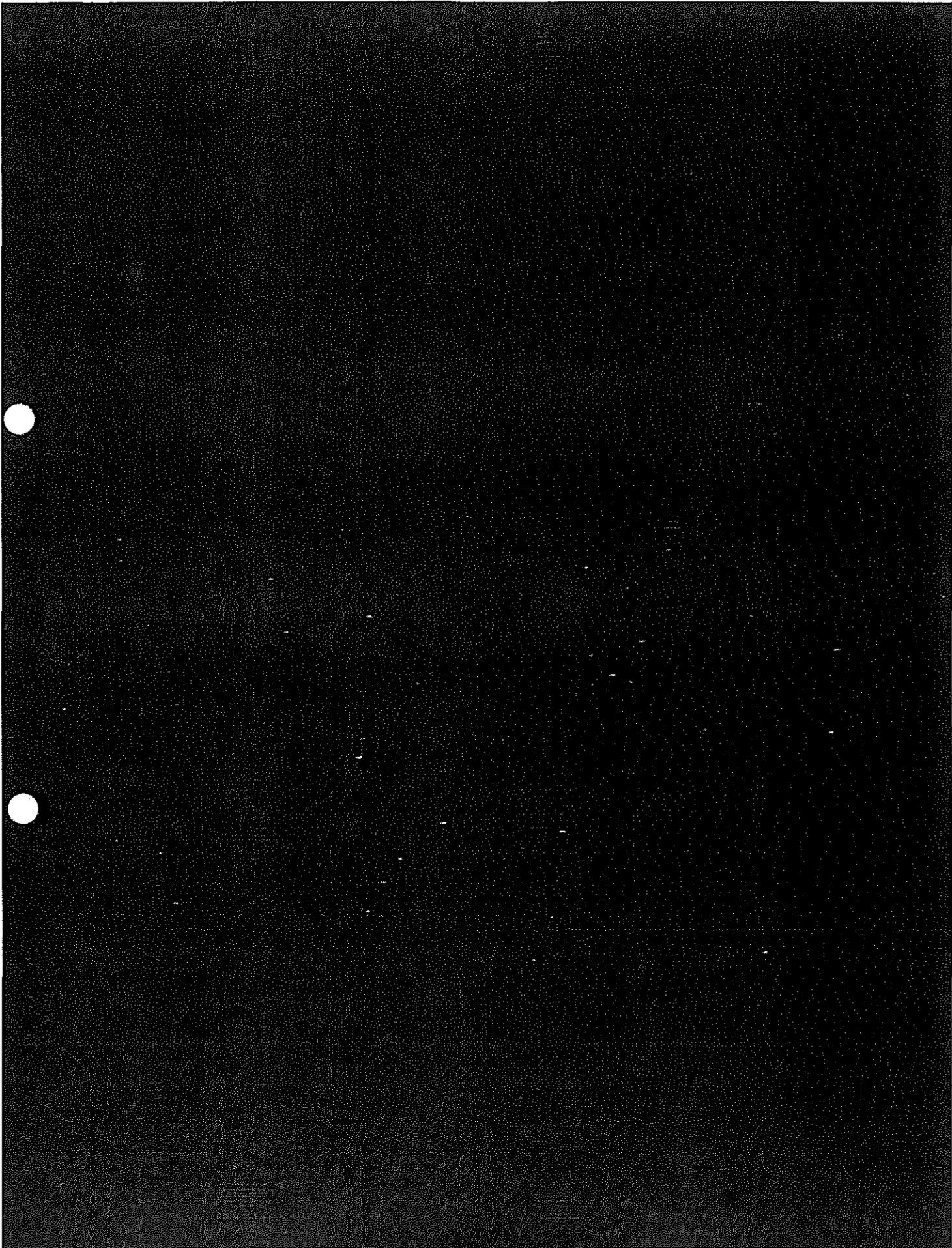


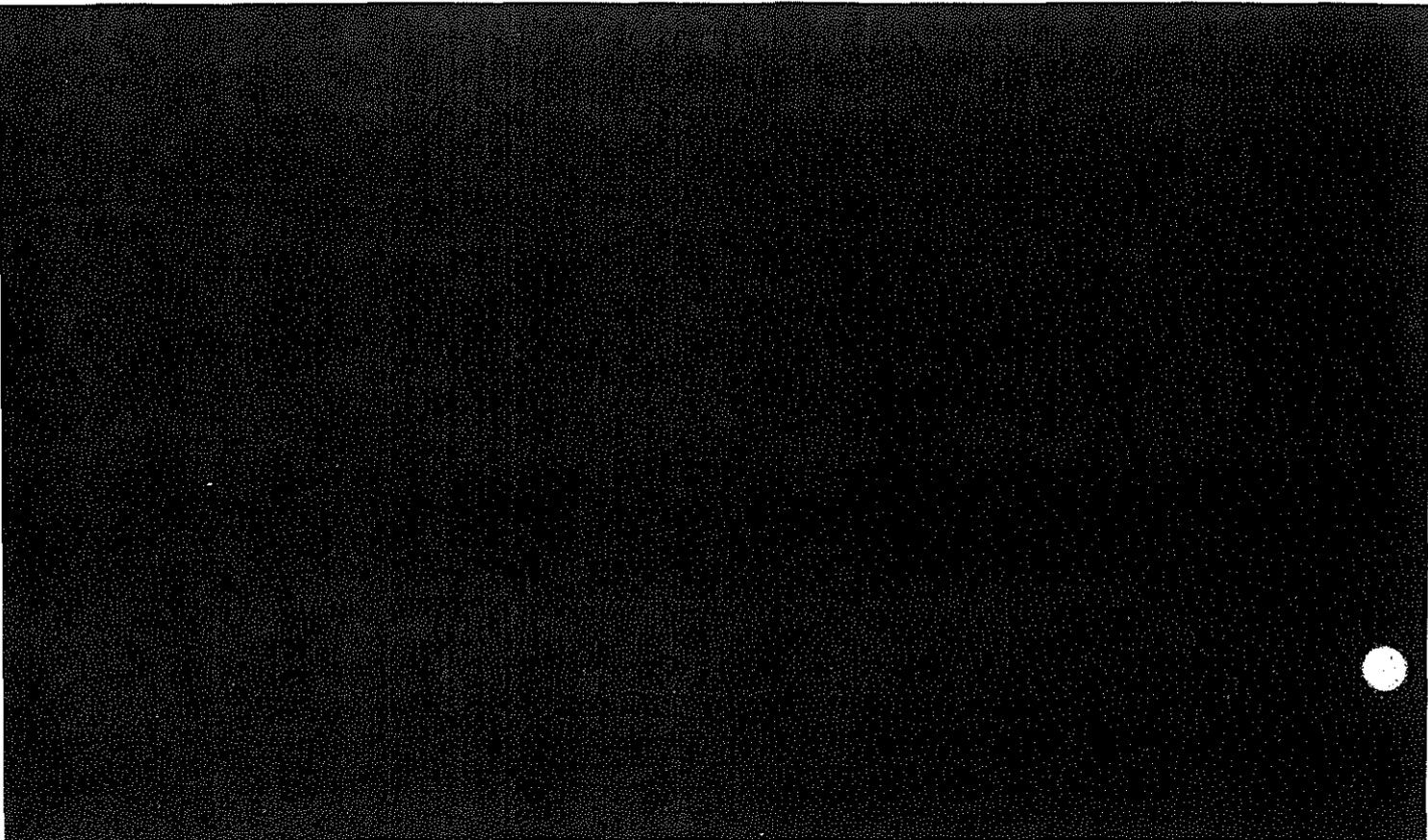






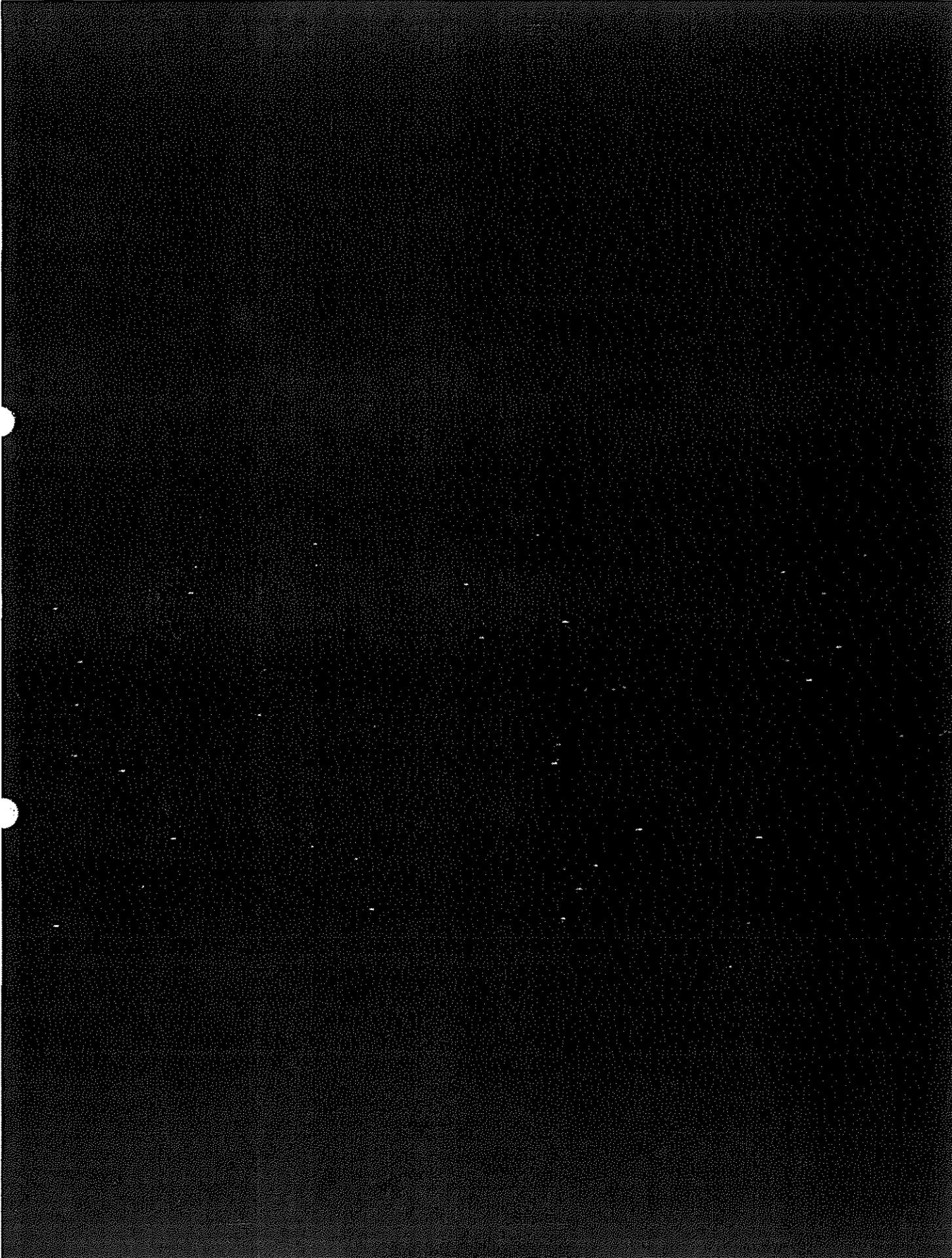


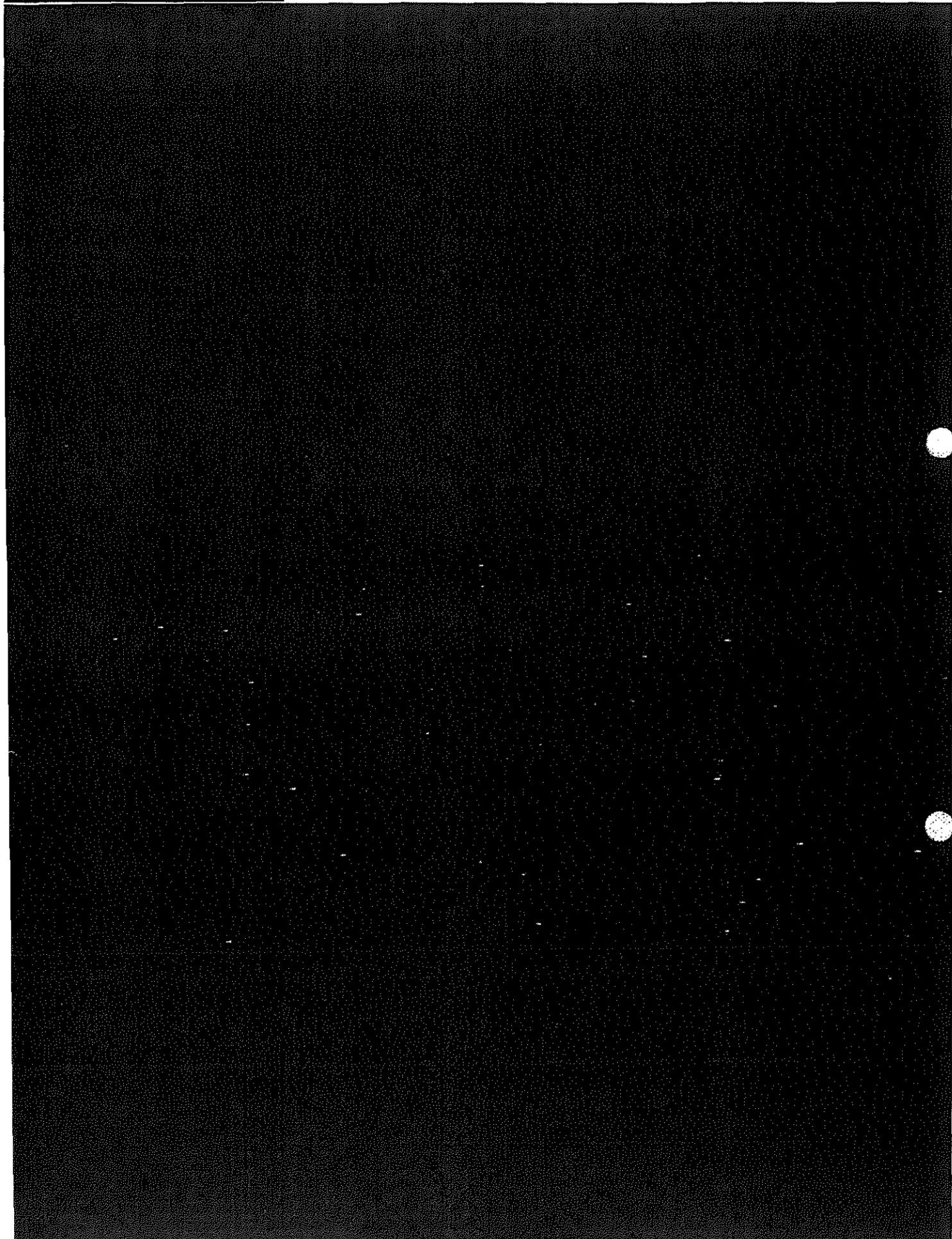


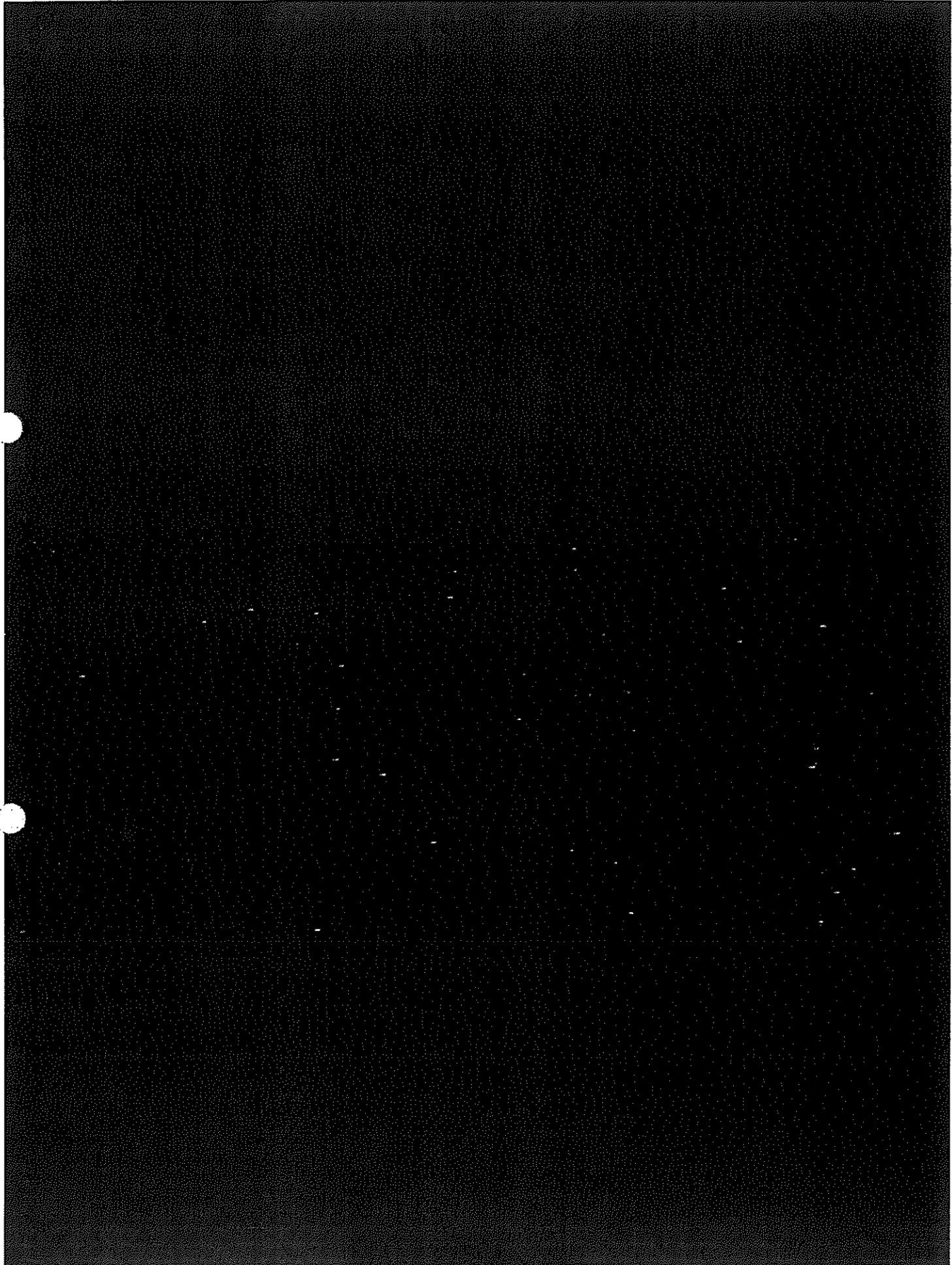


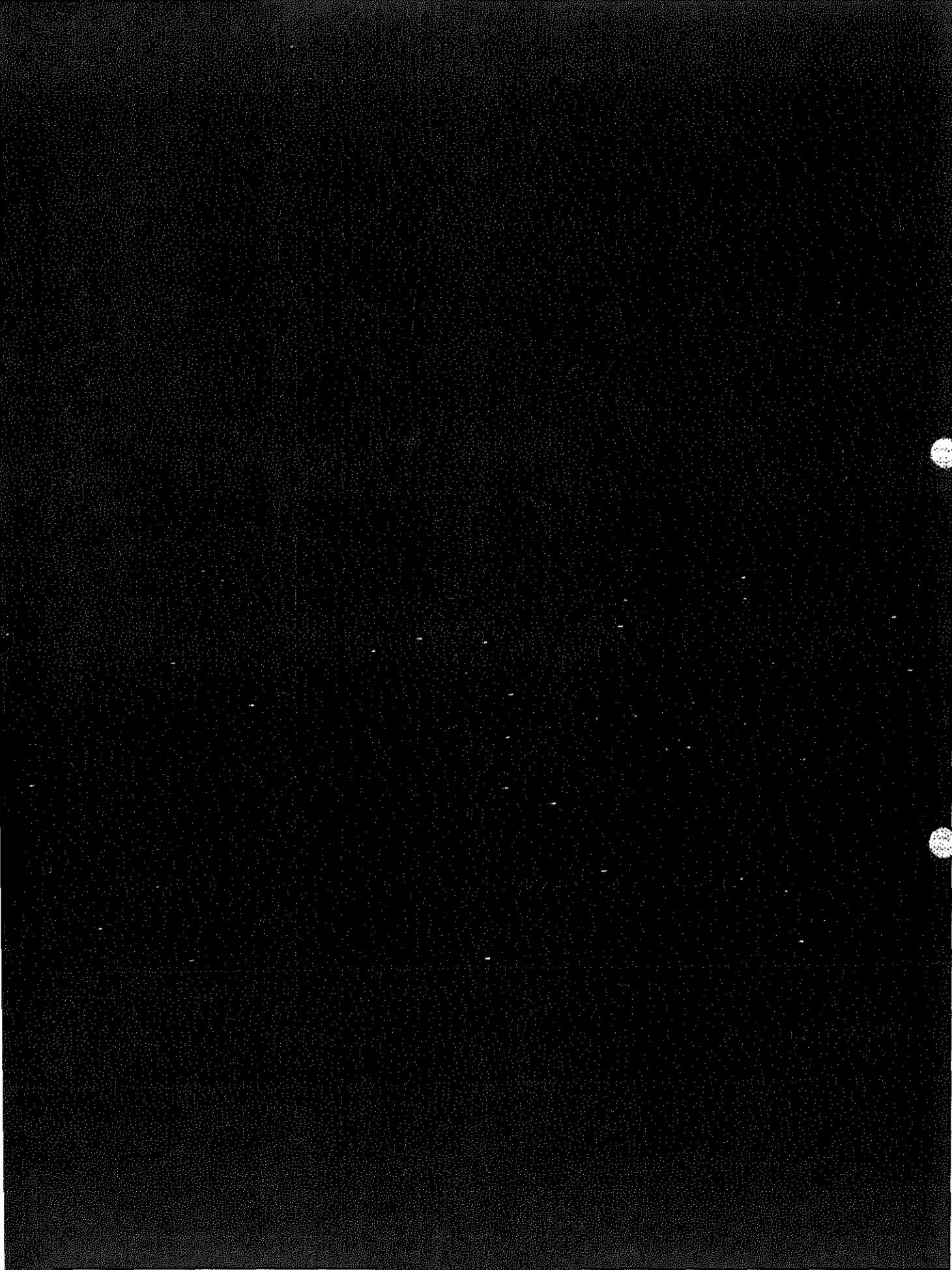
00

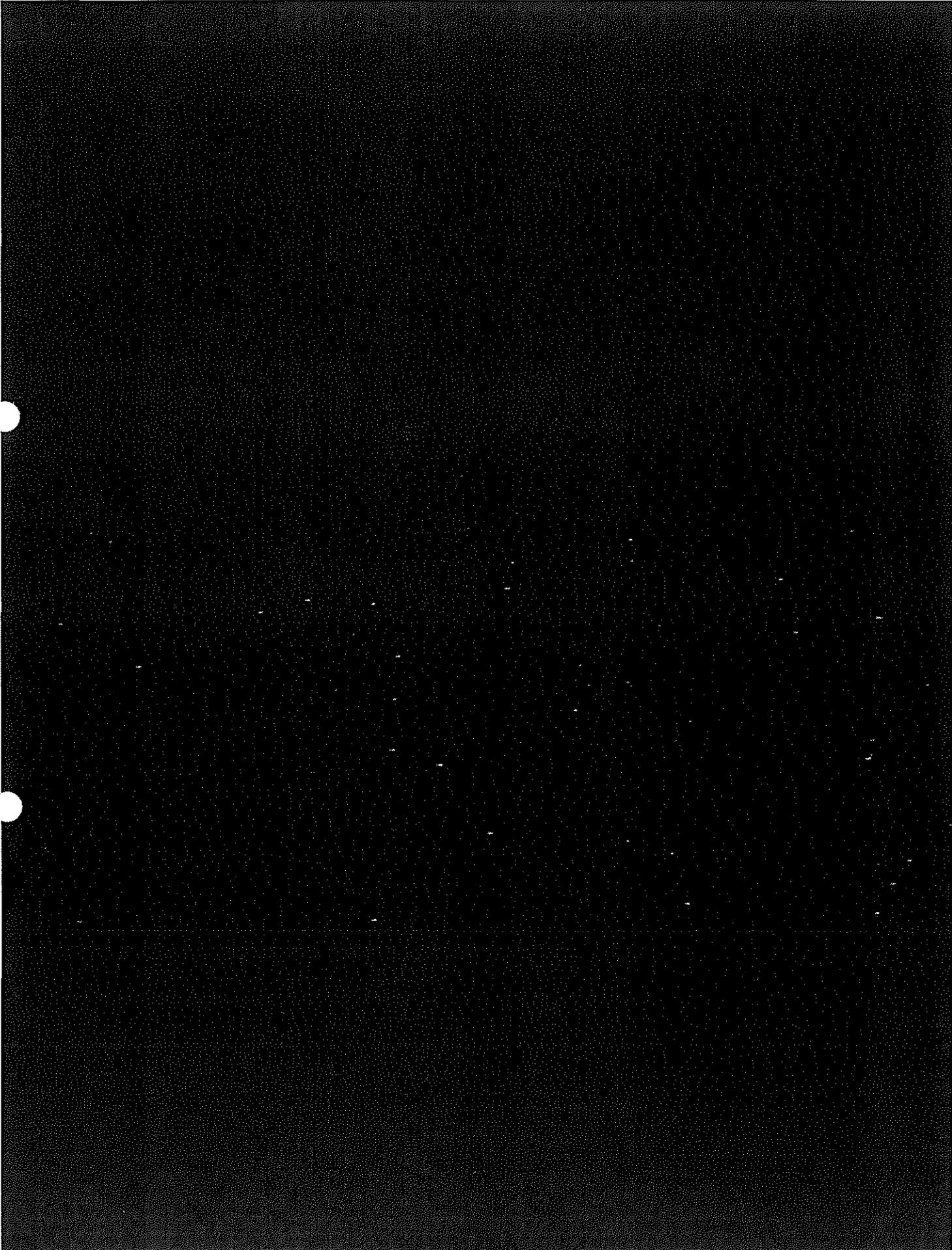




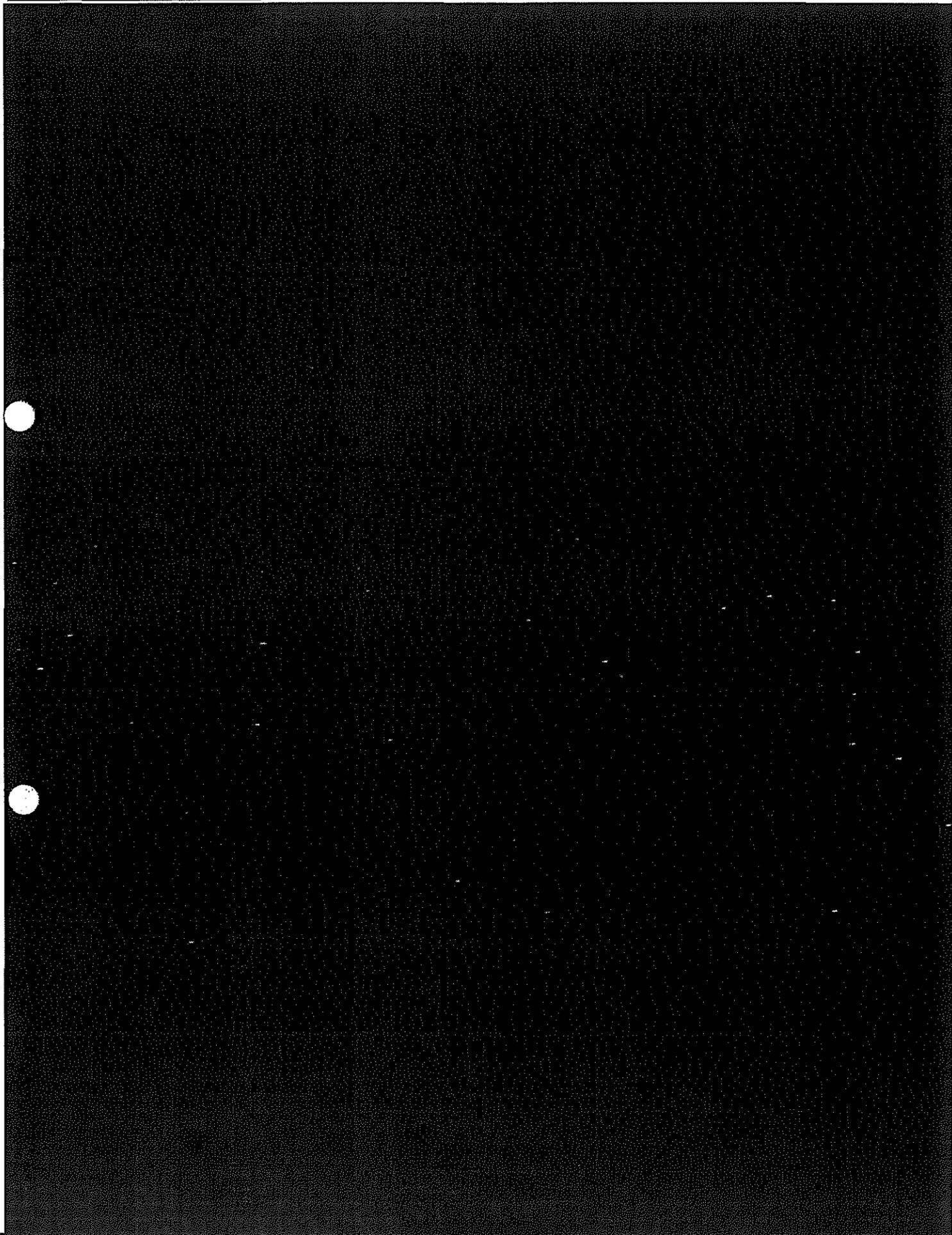




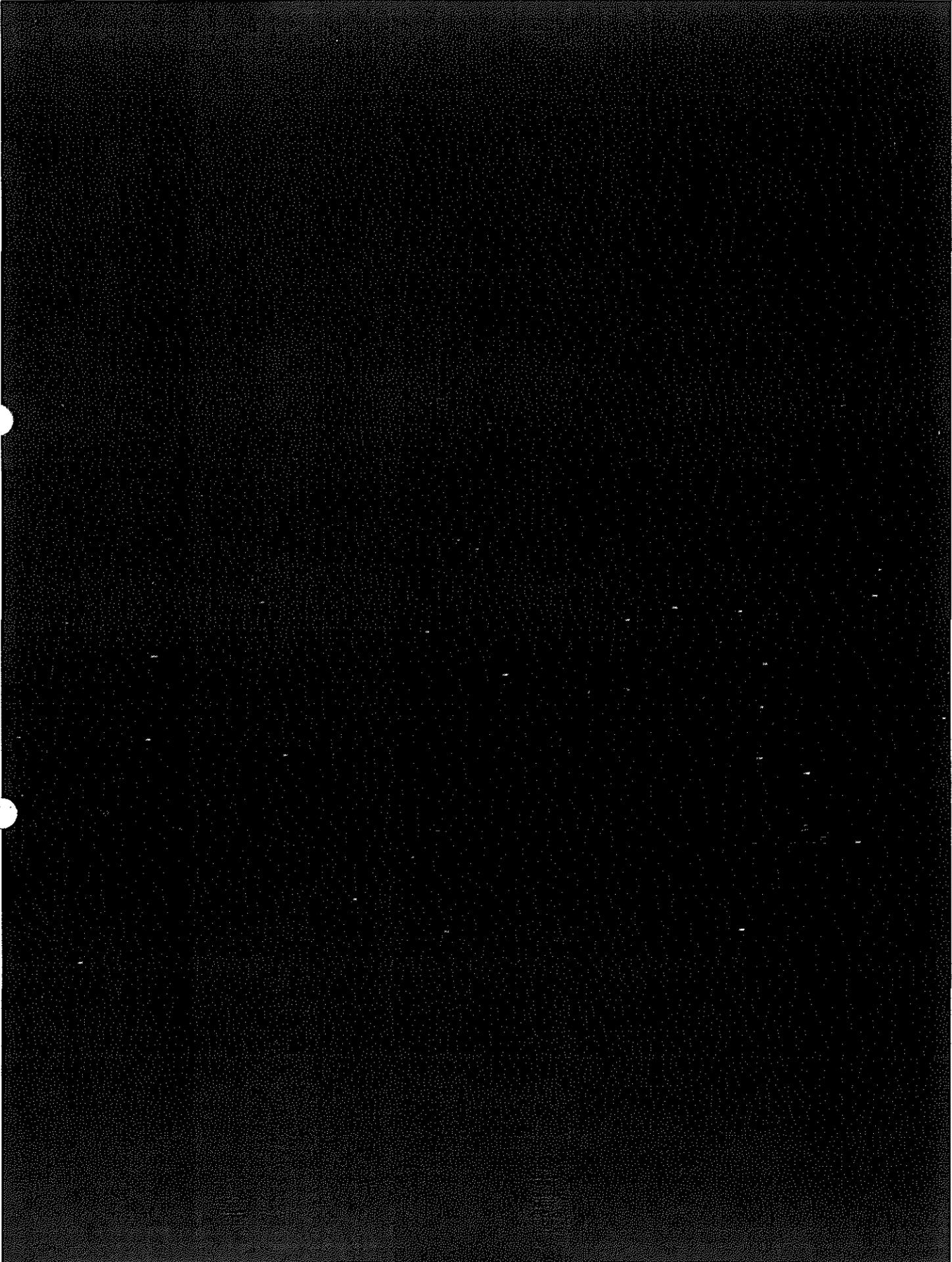






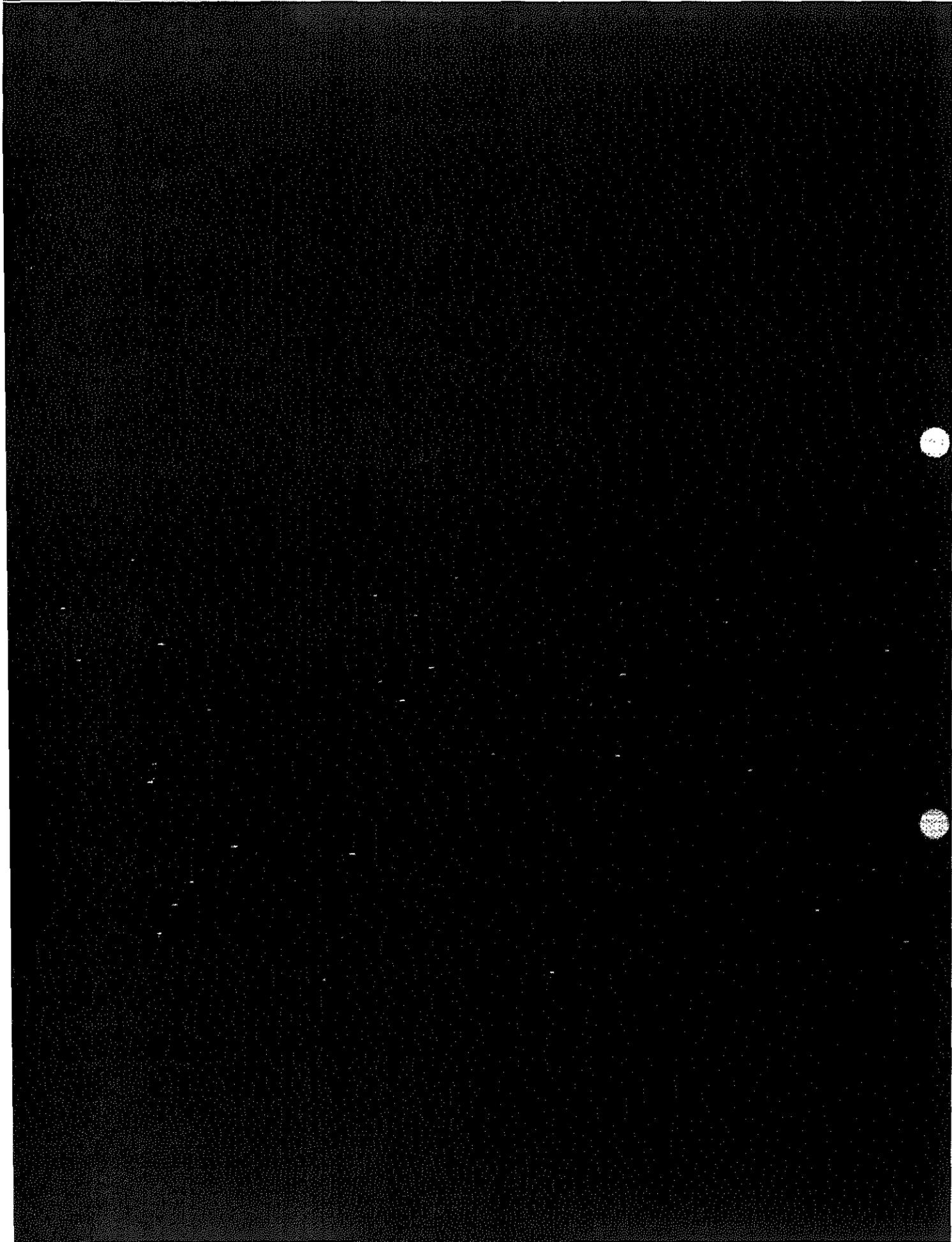


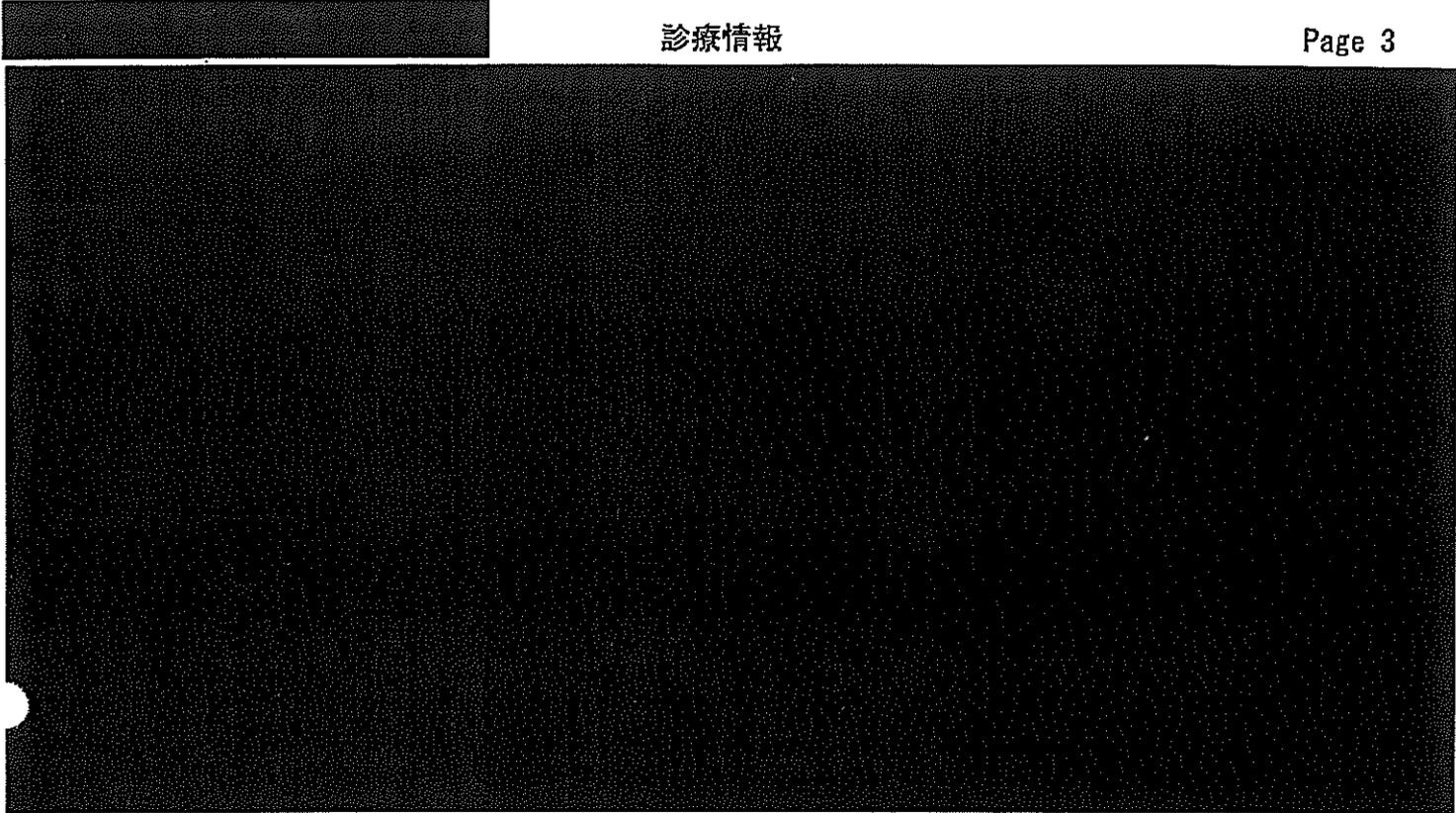




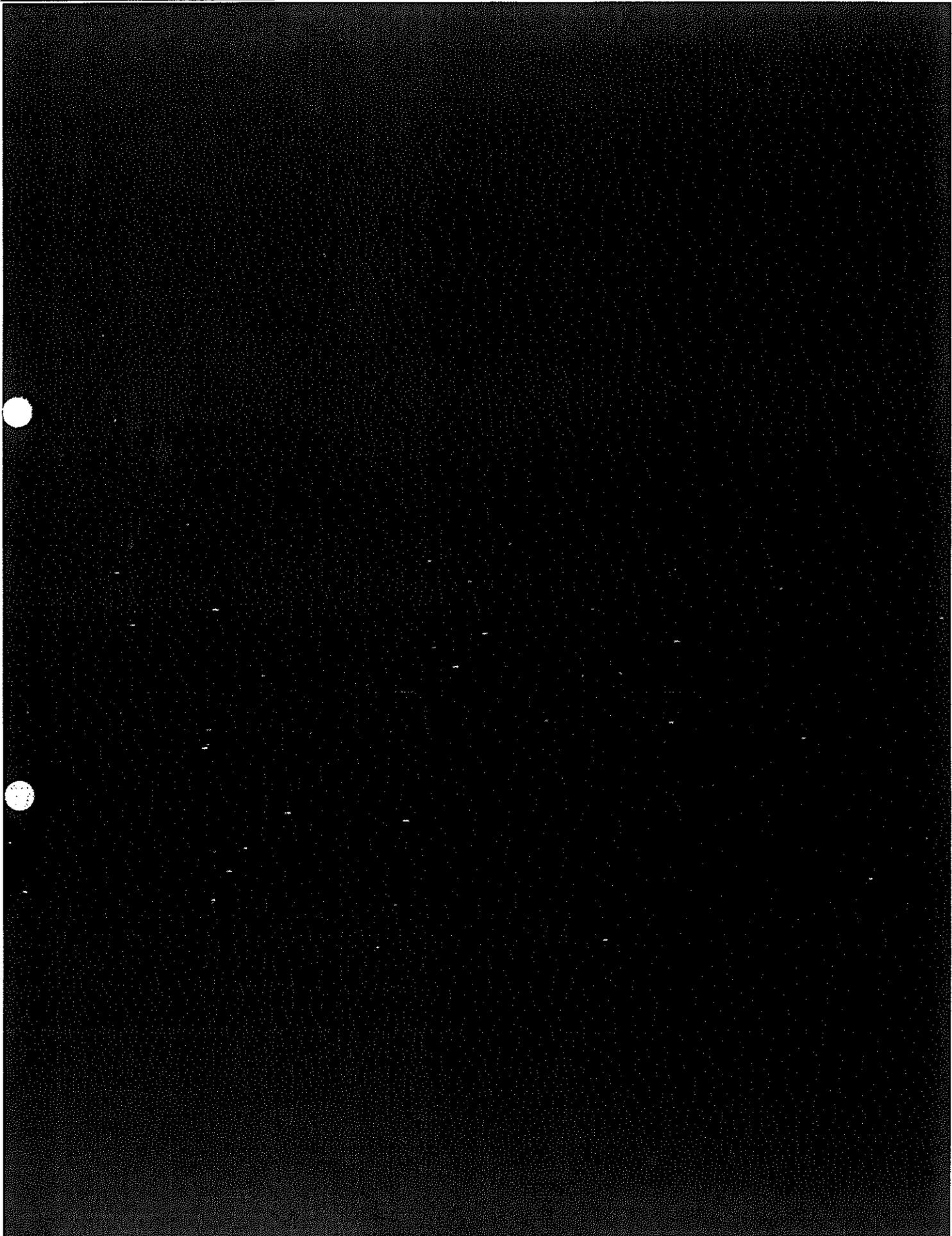
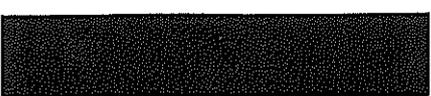


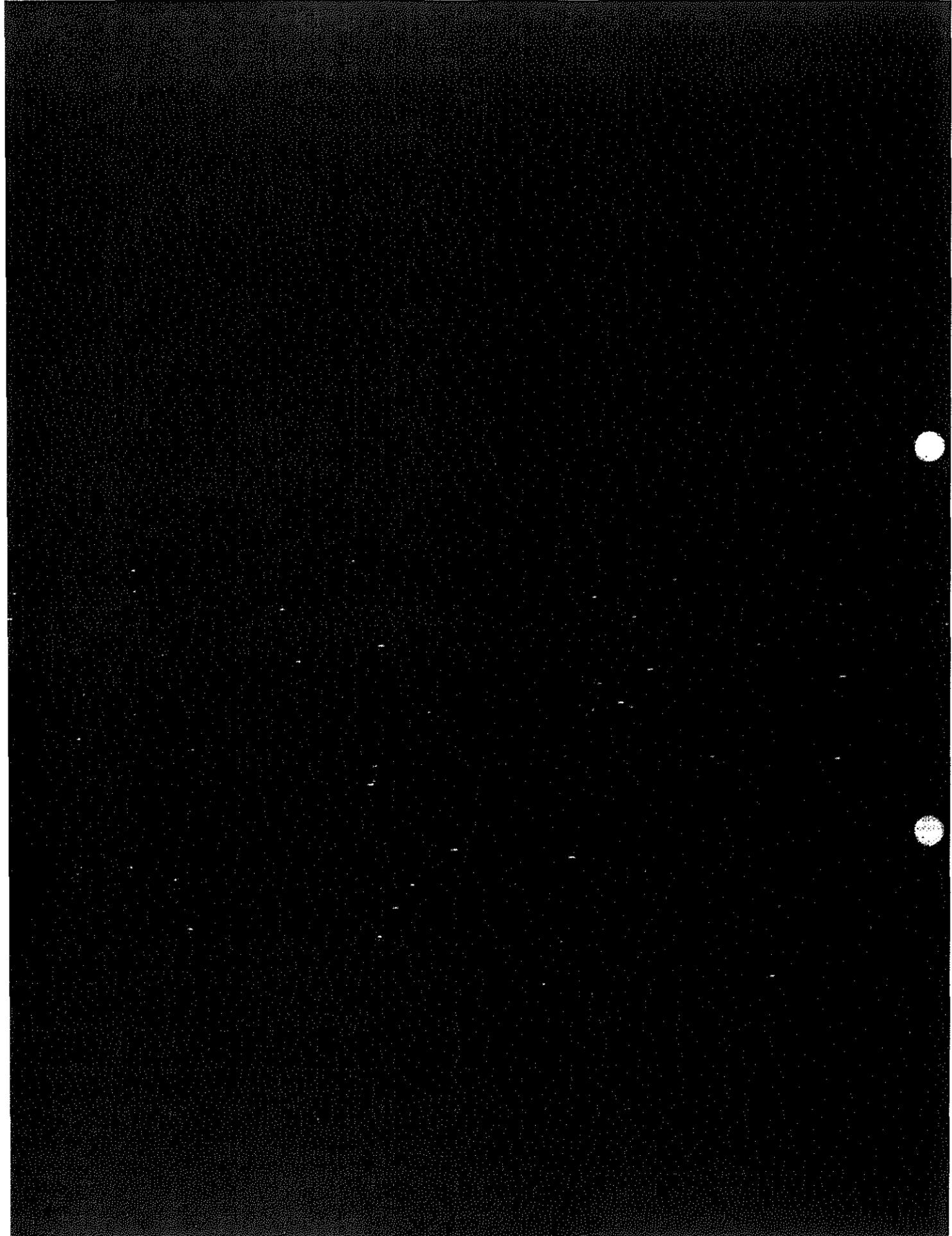


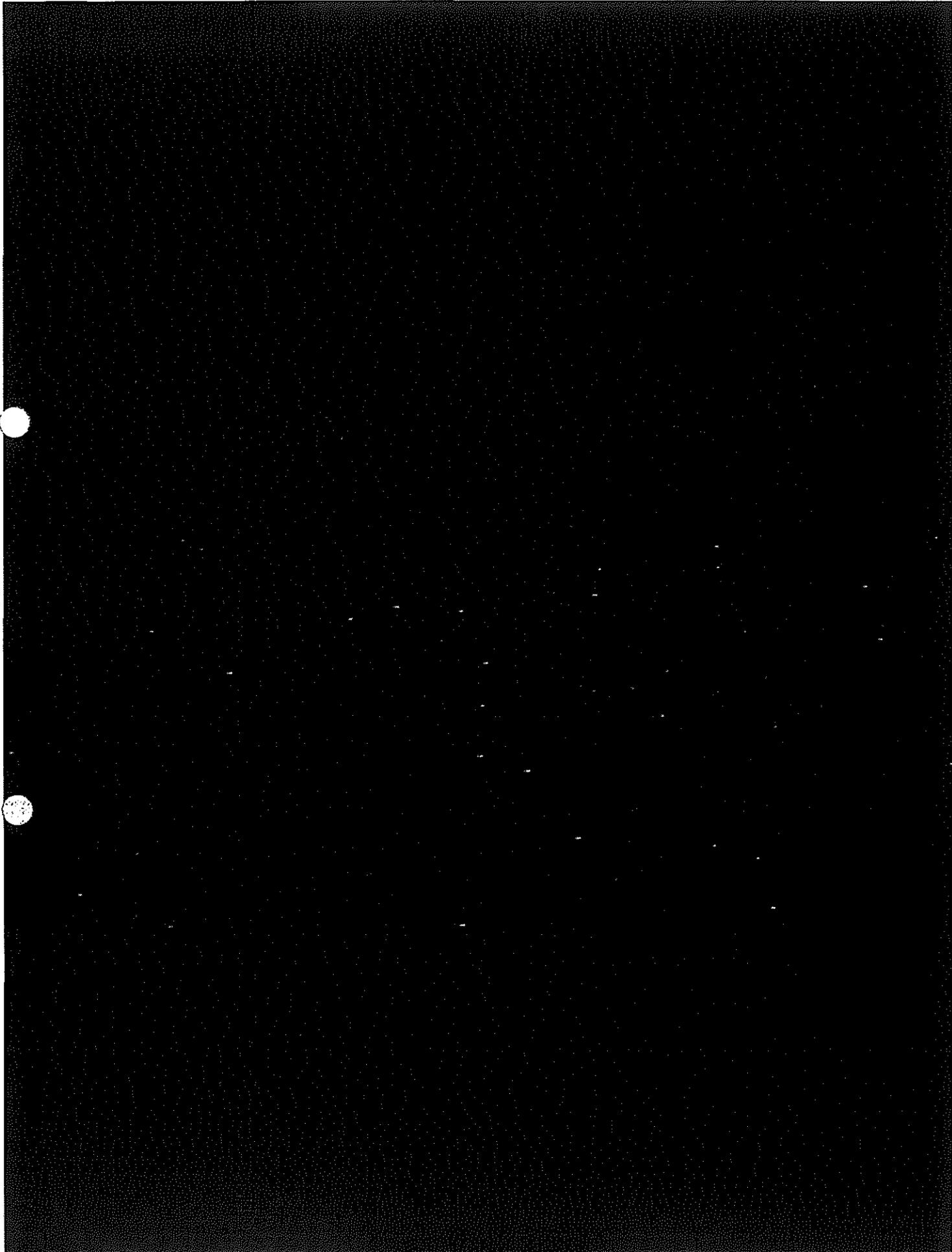




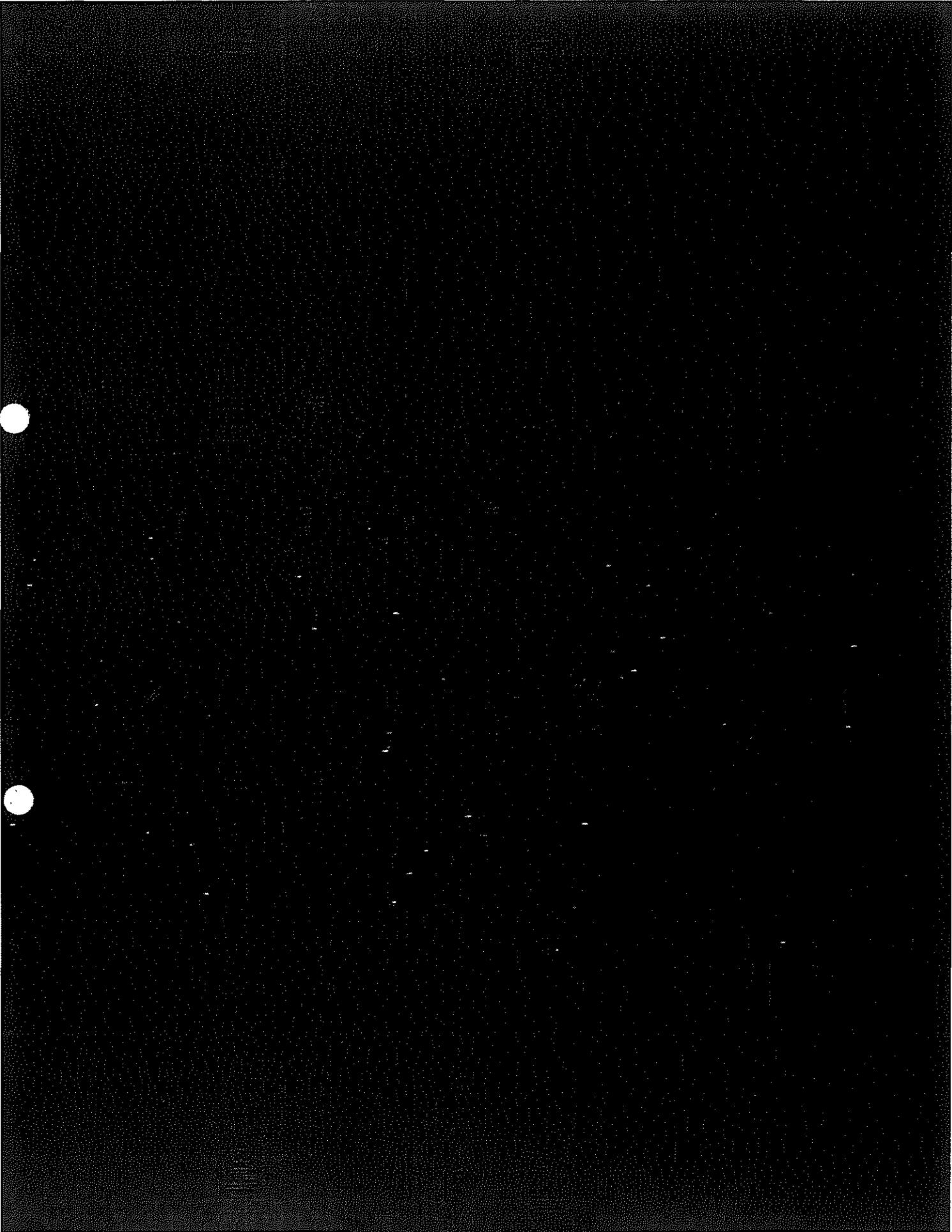


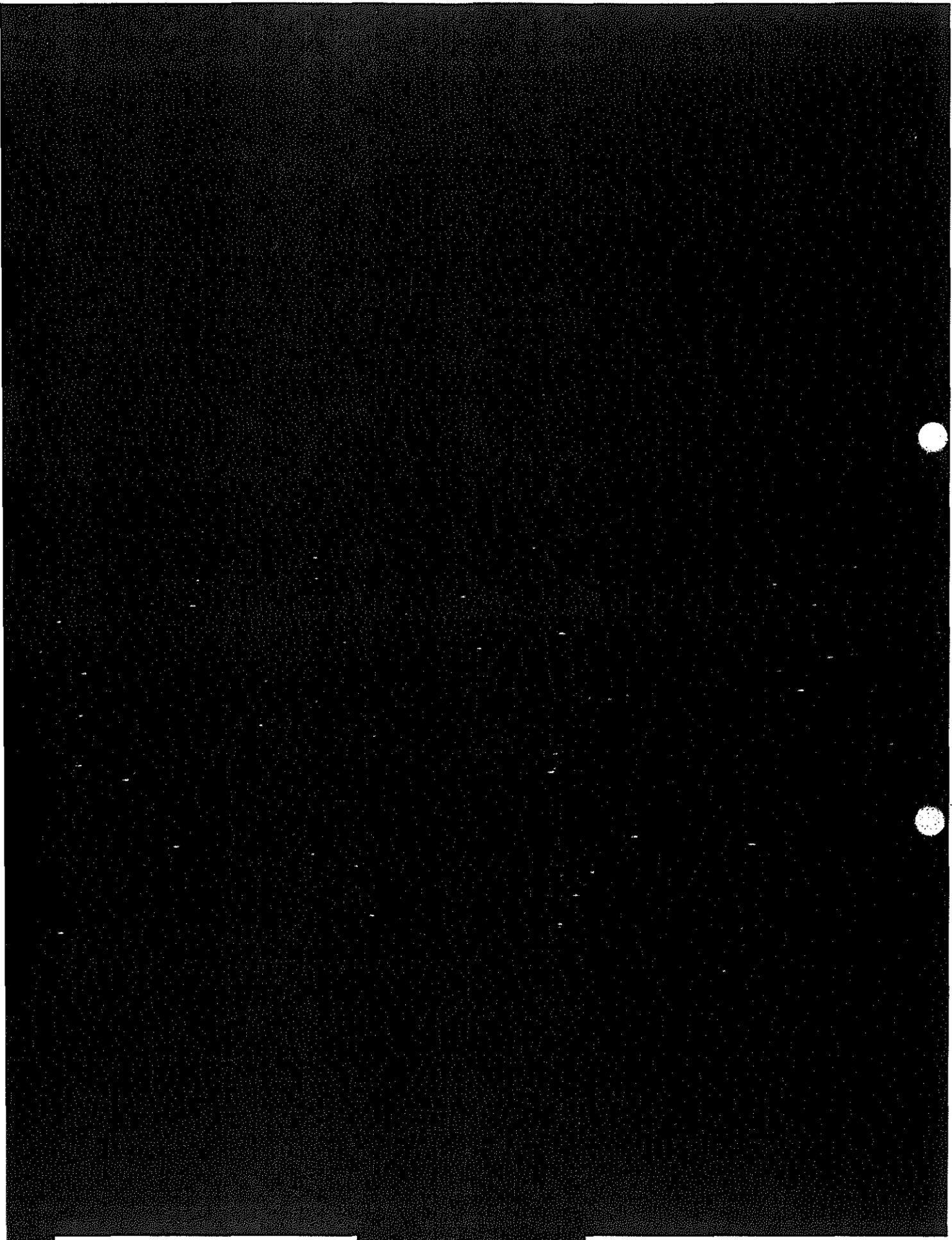


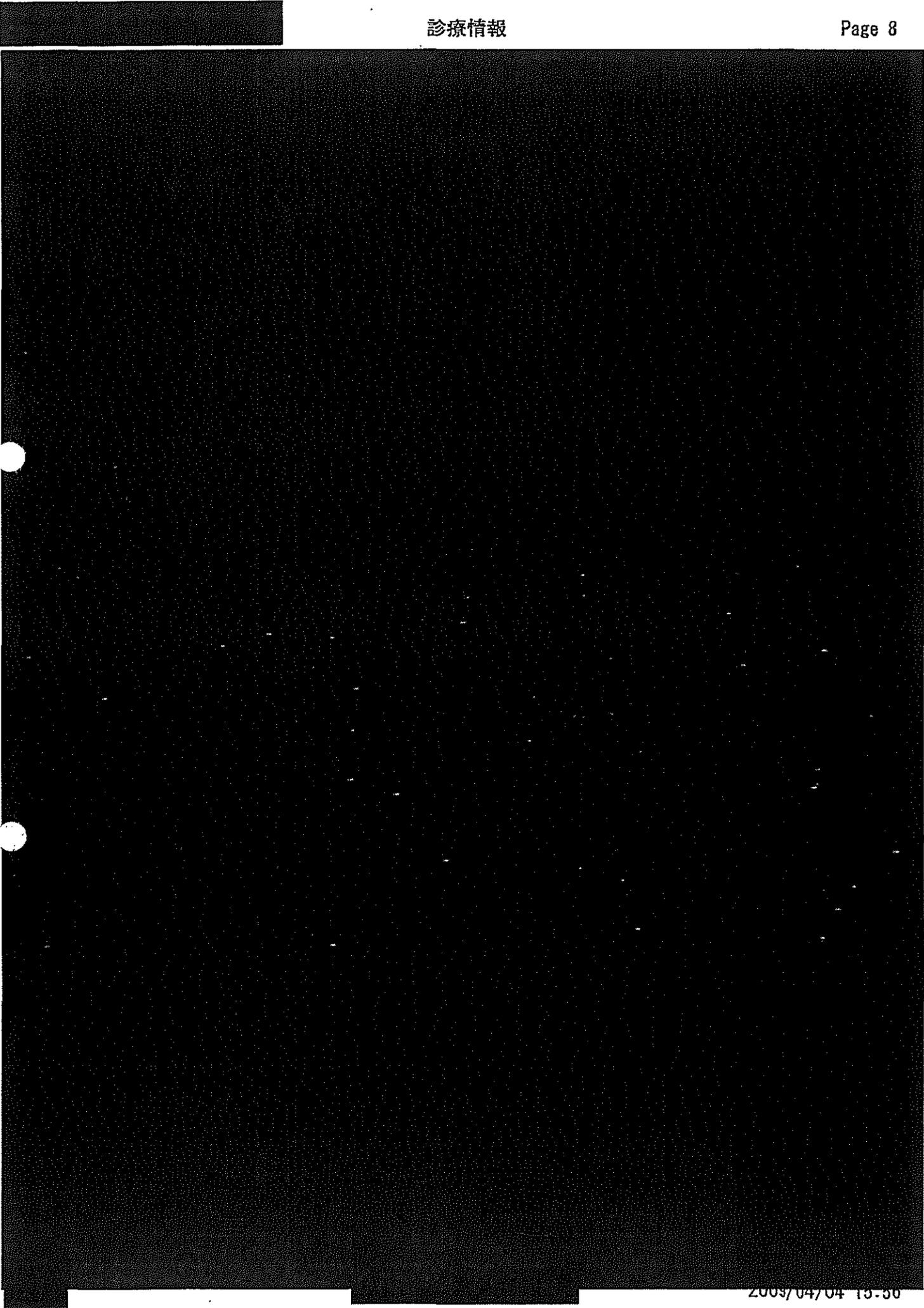


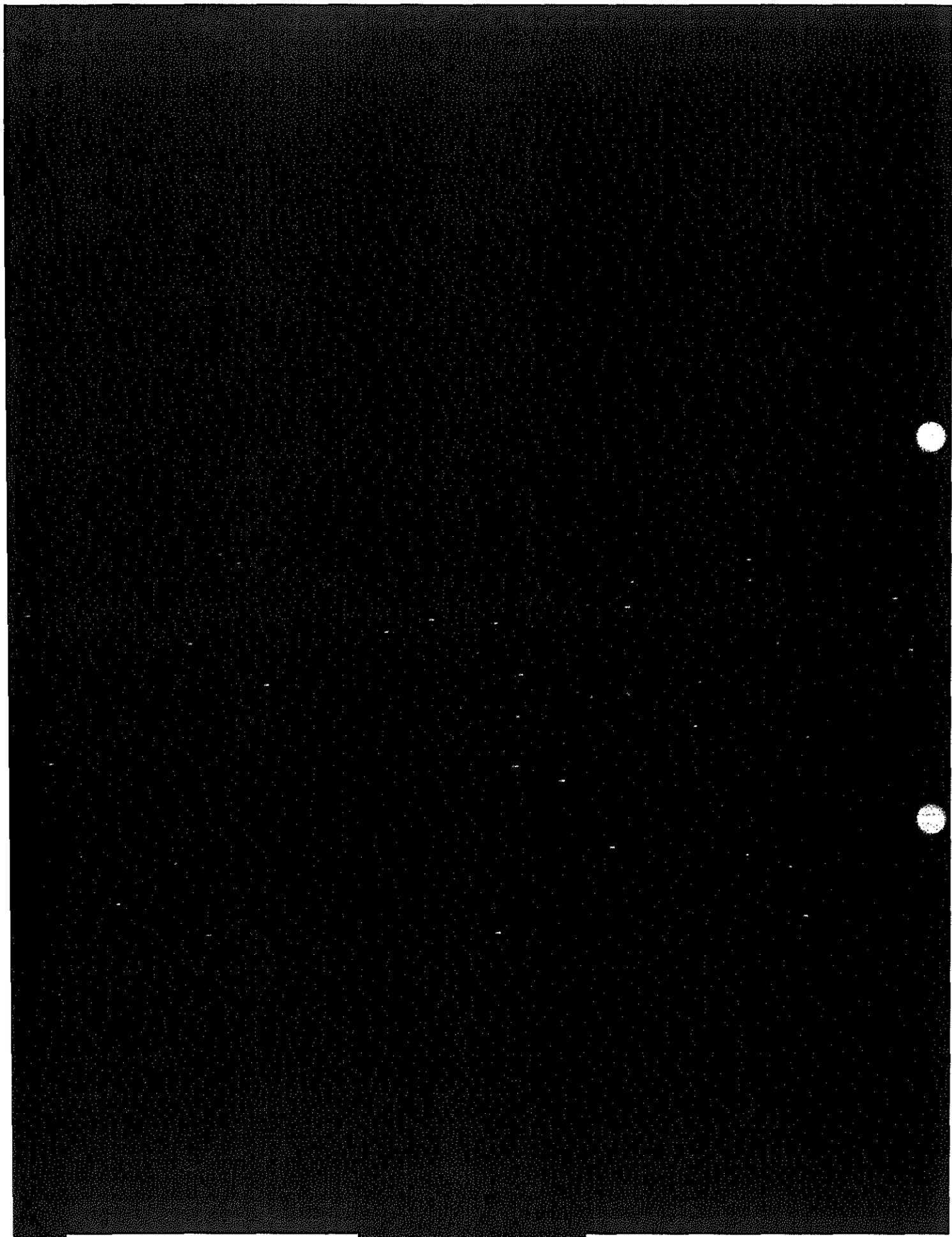




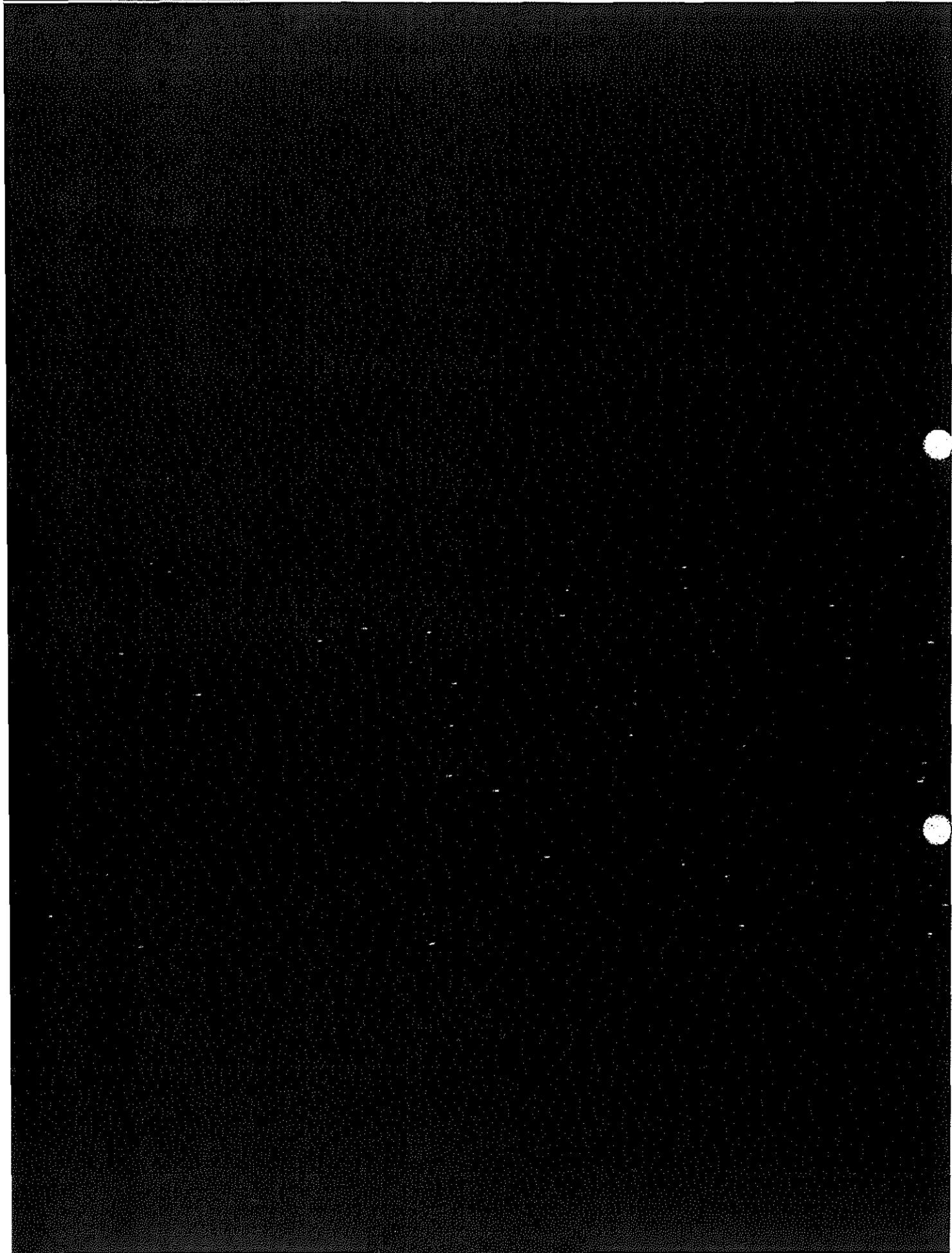






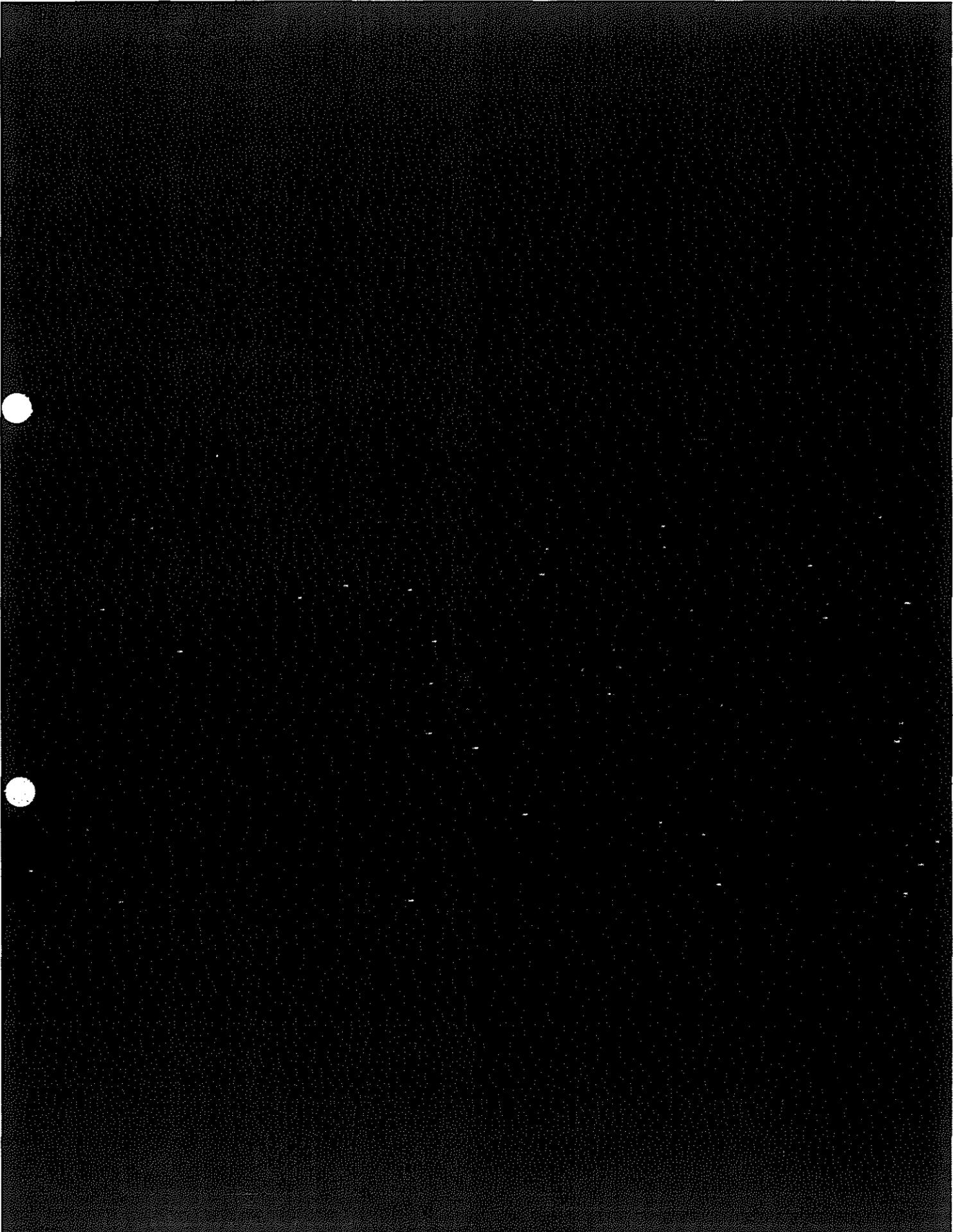


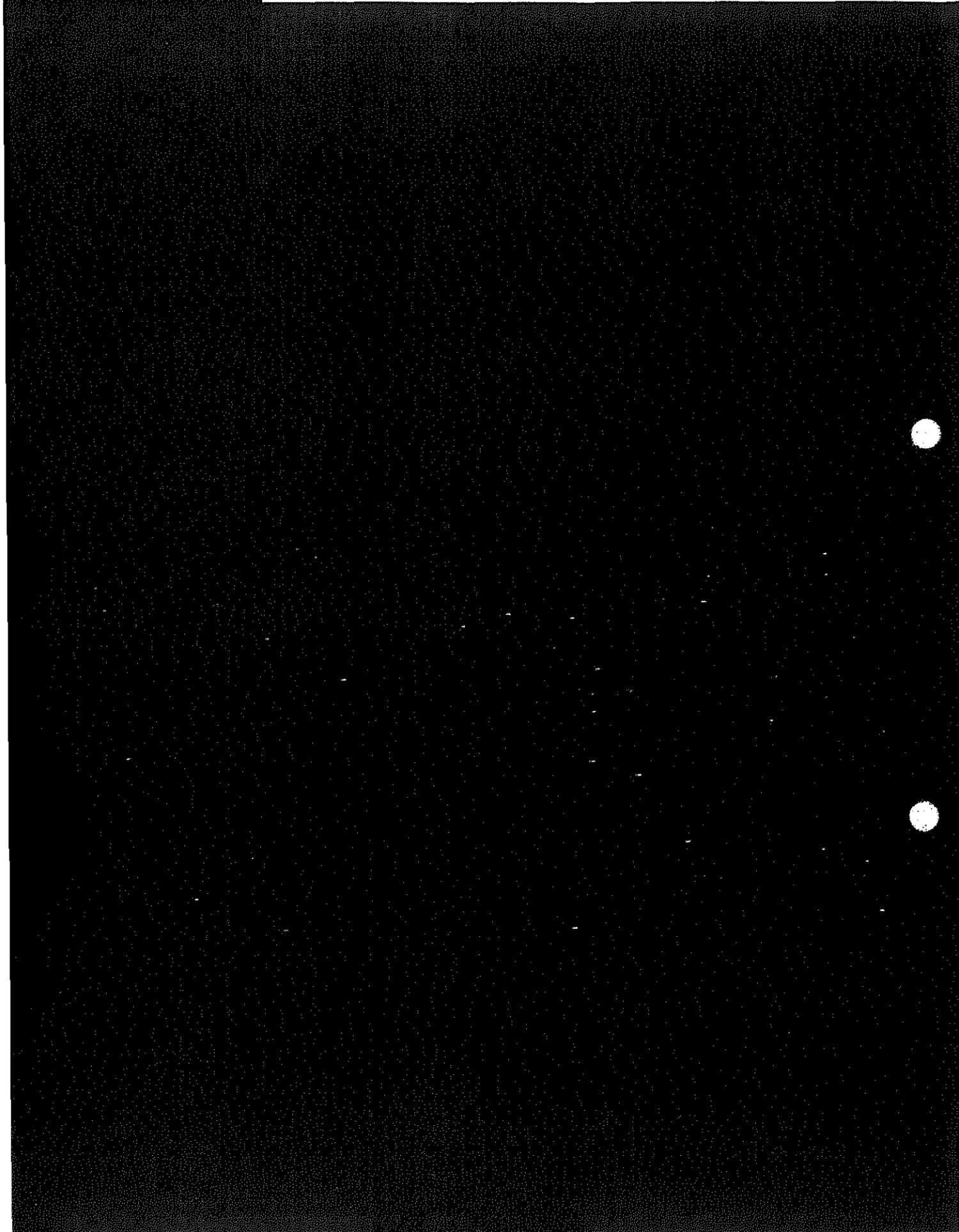


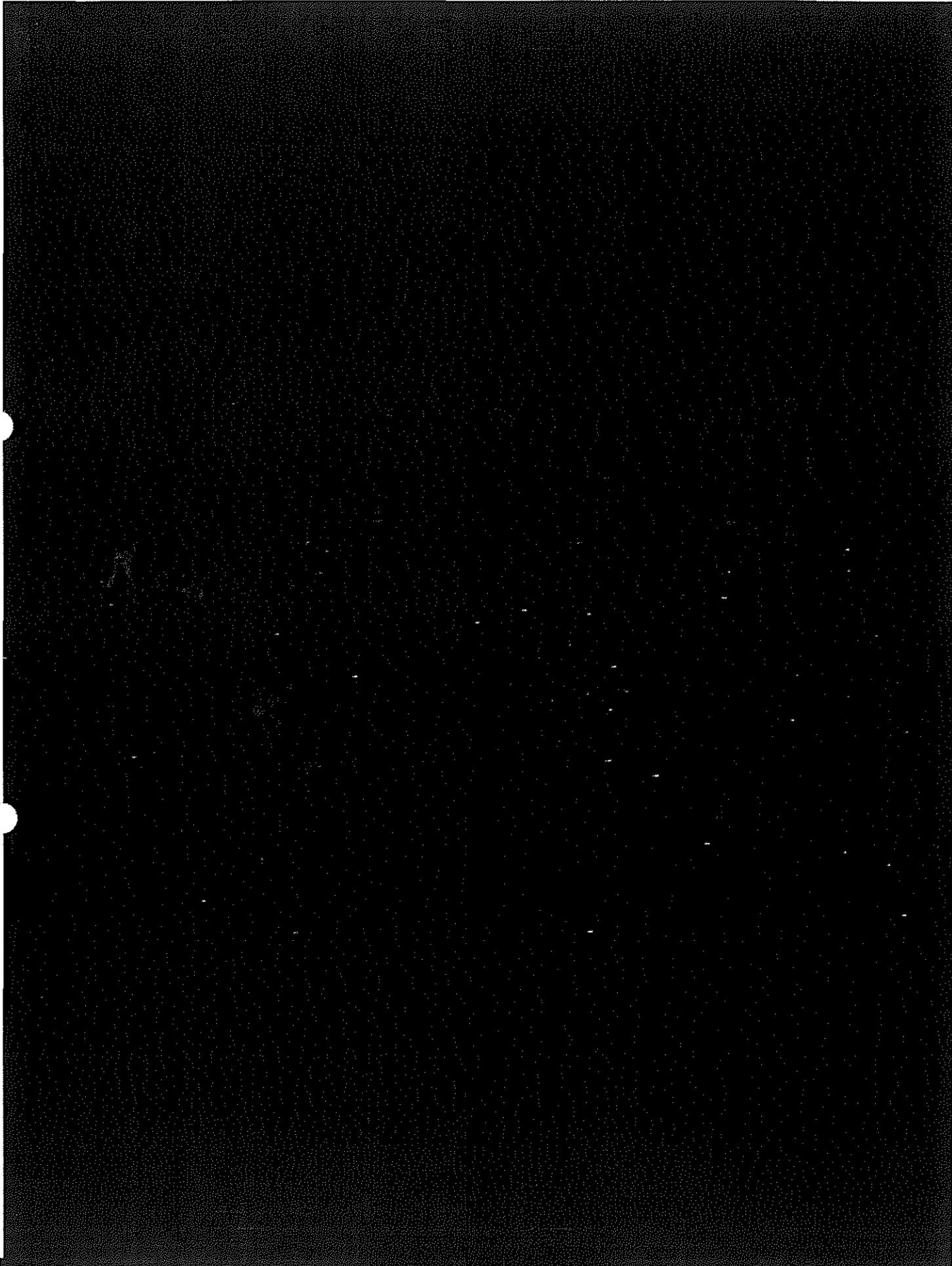




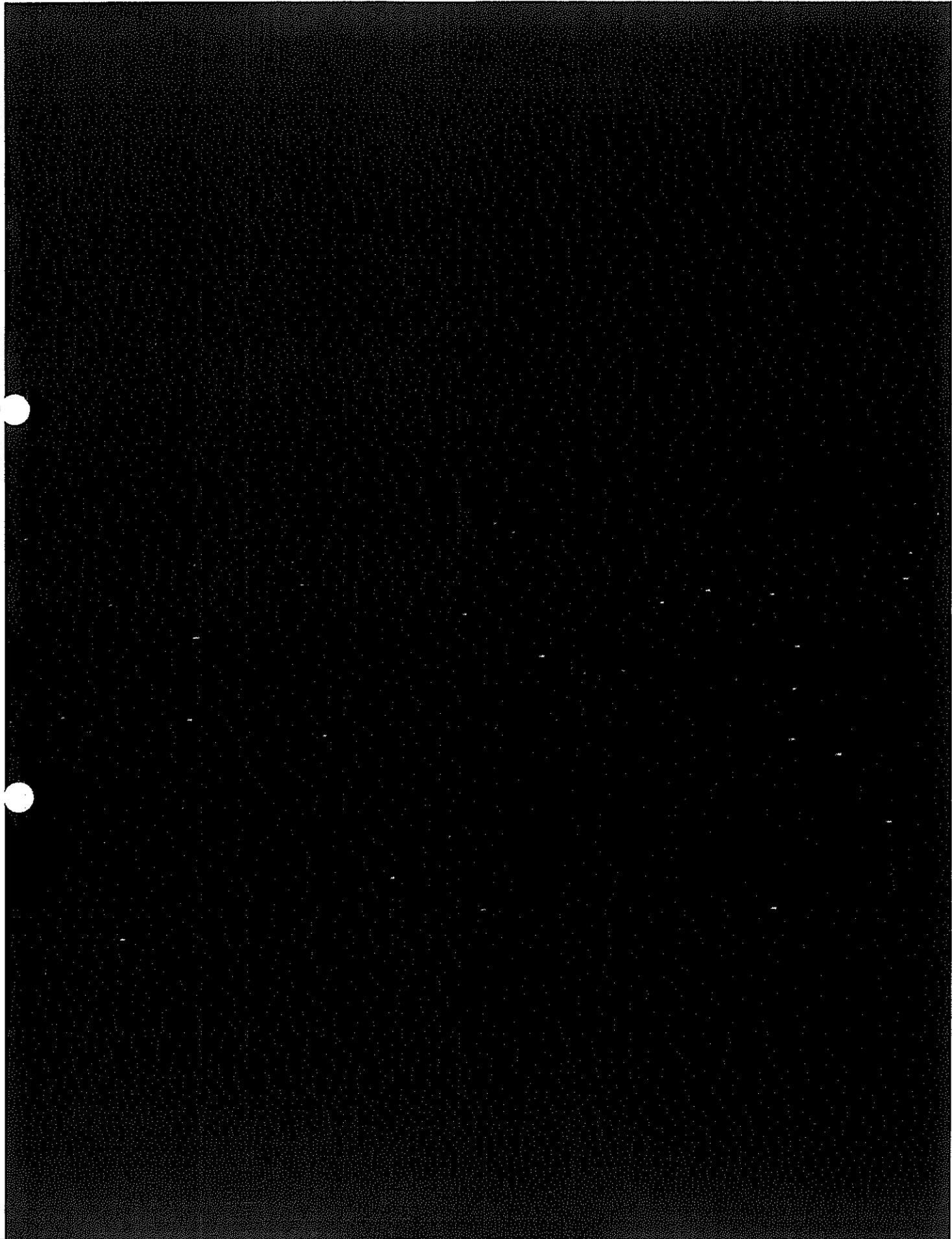




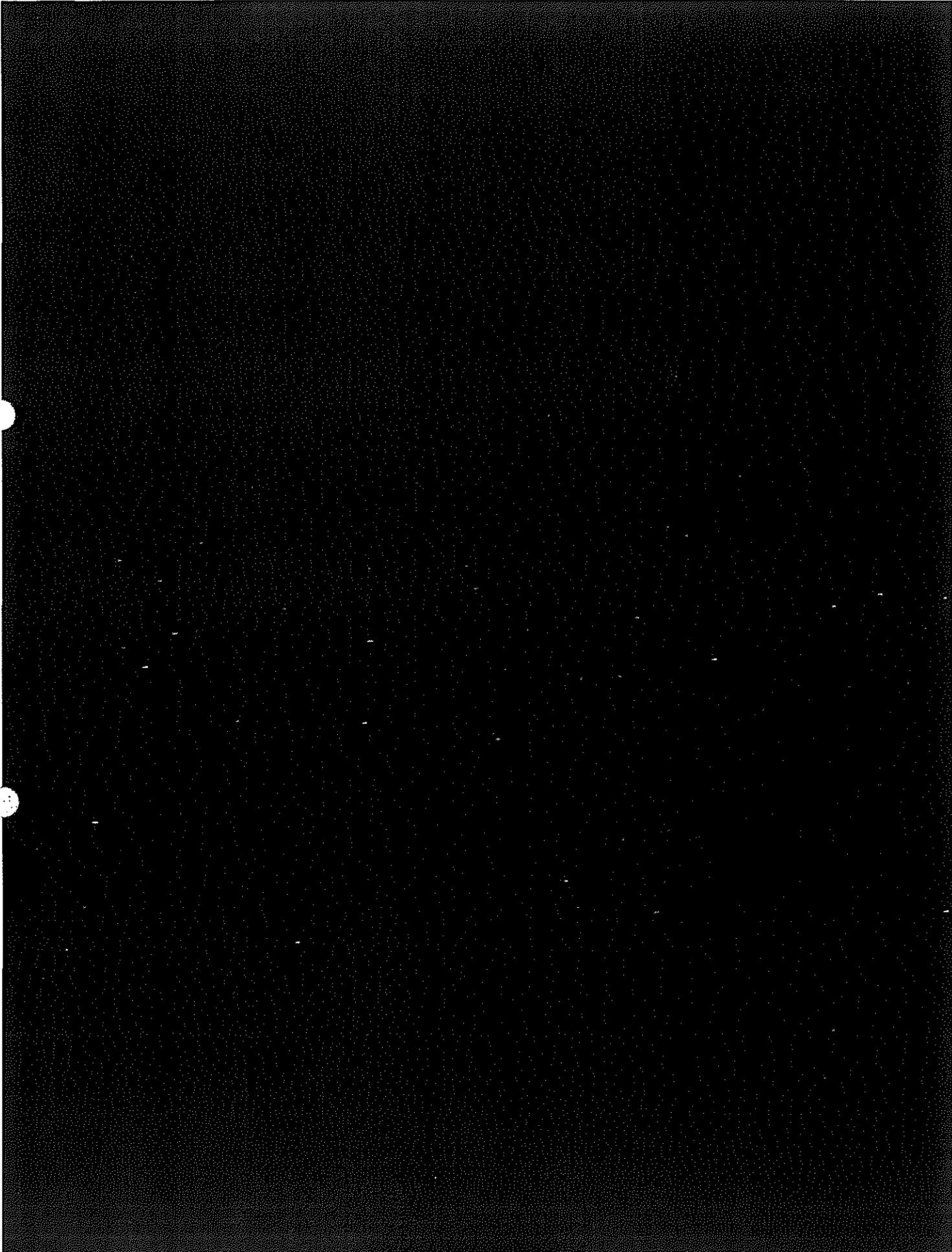


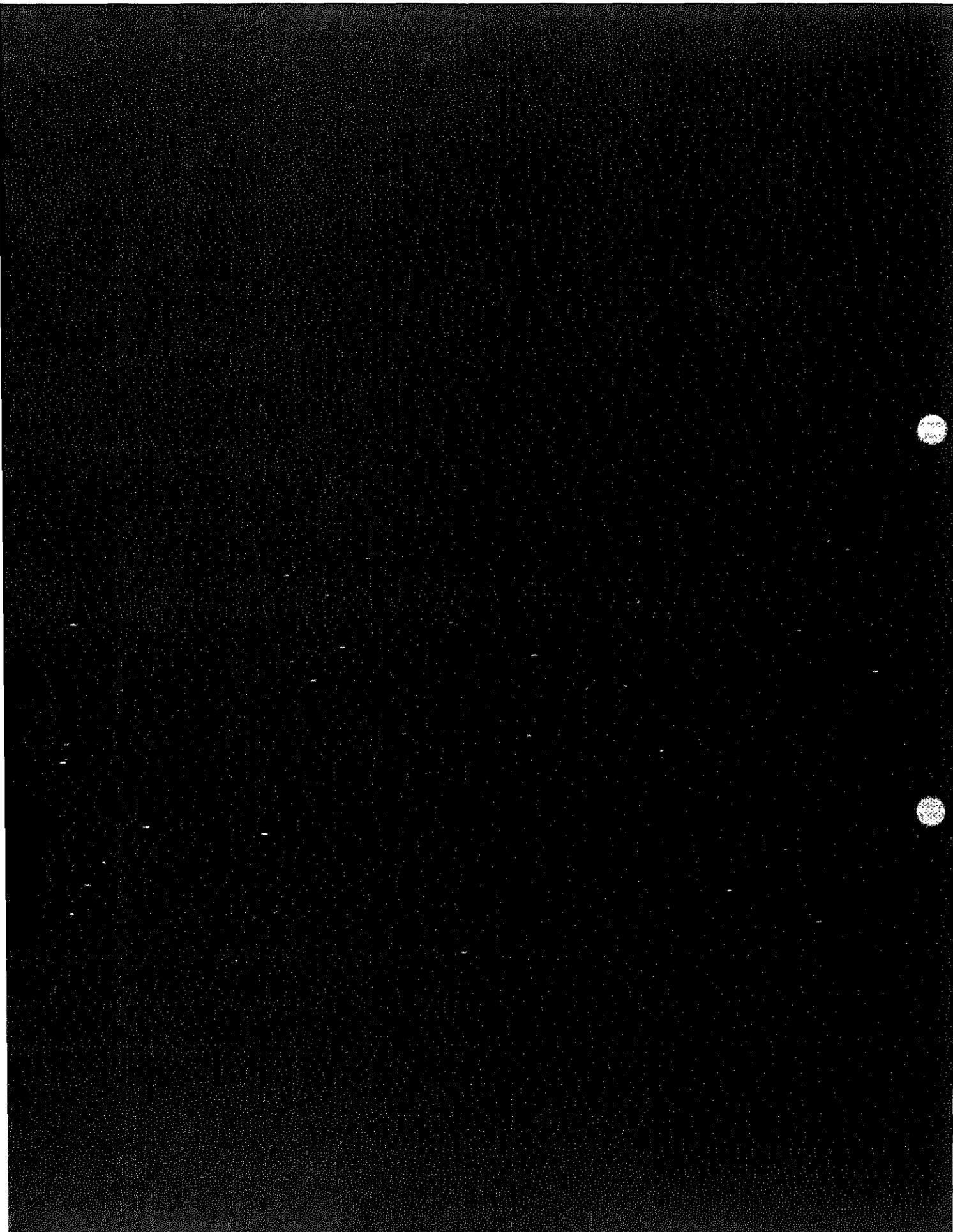


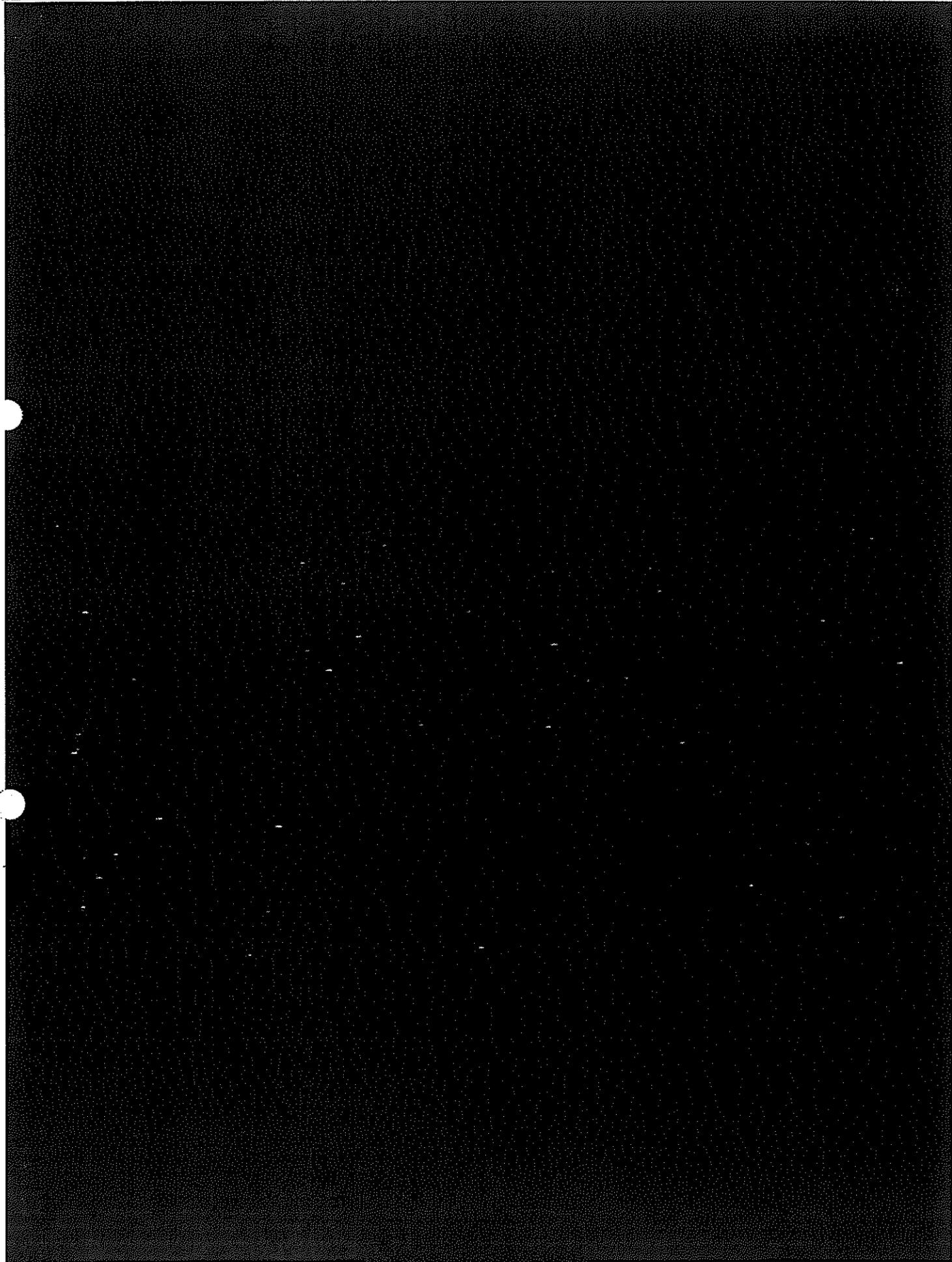


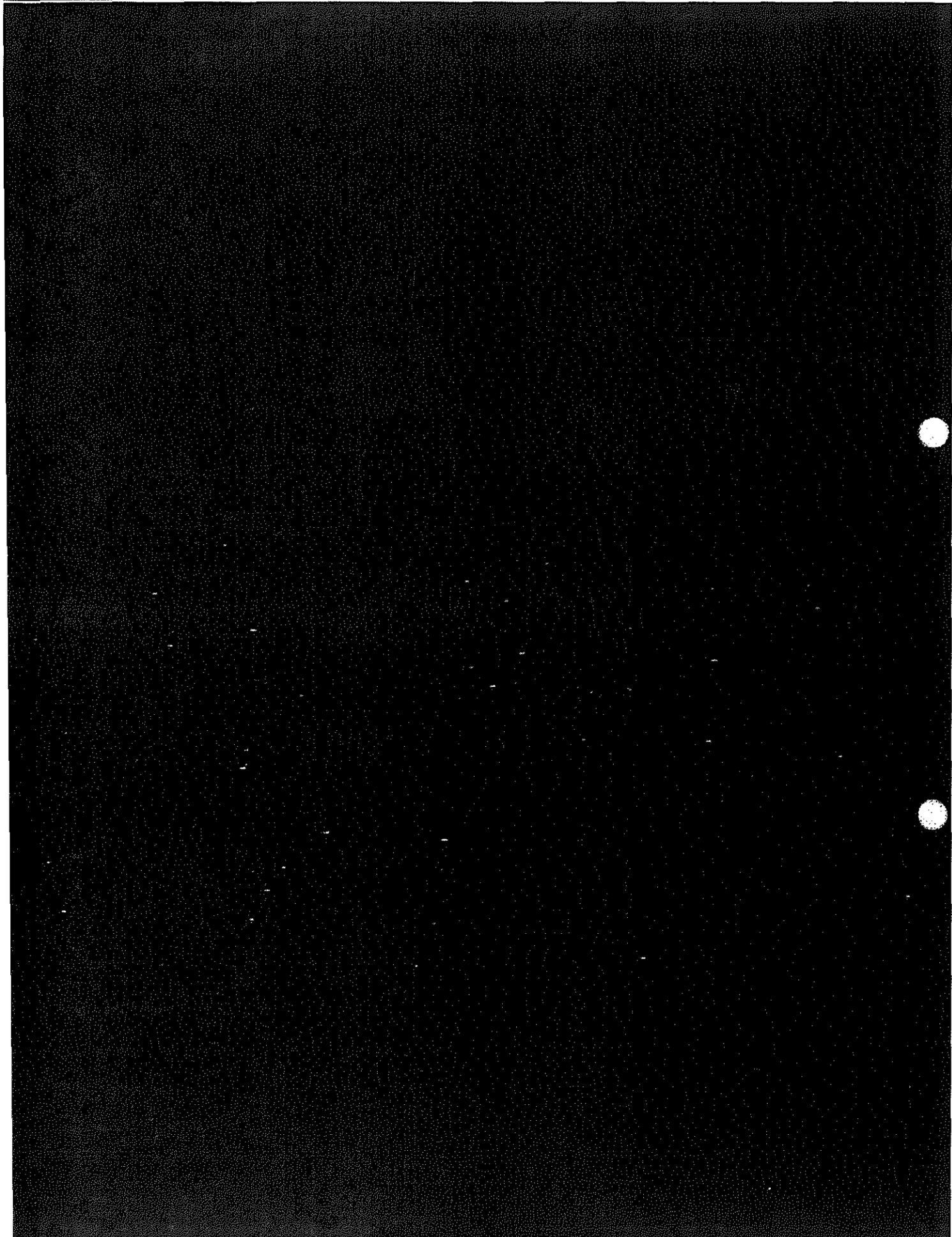


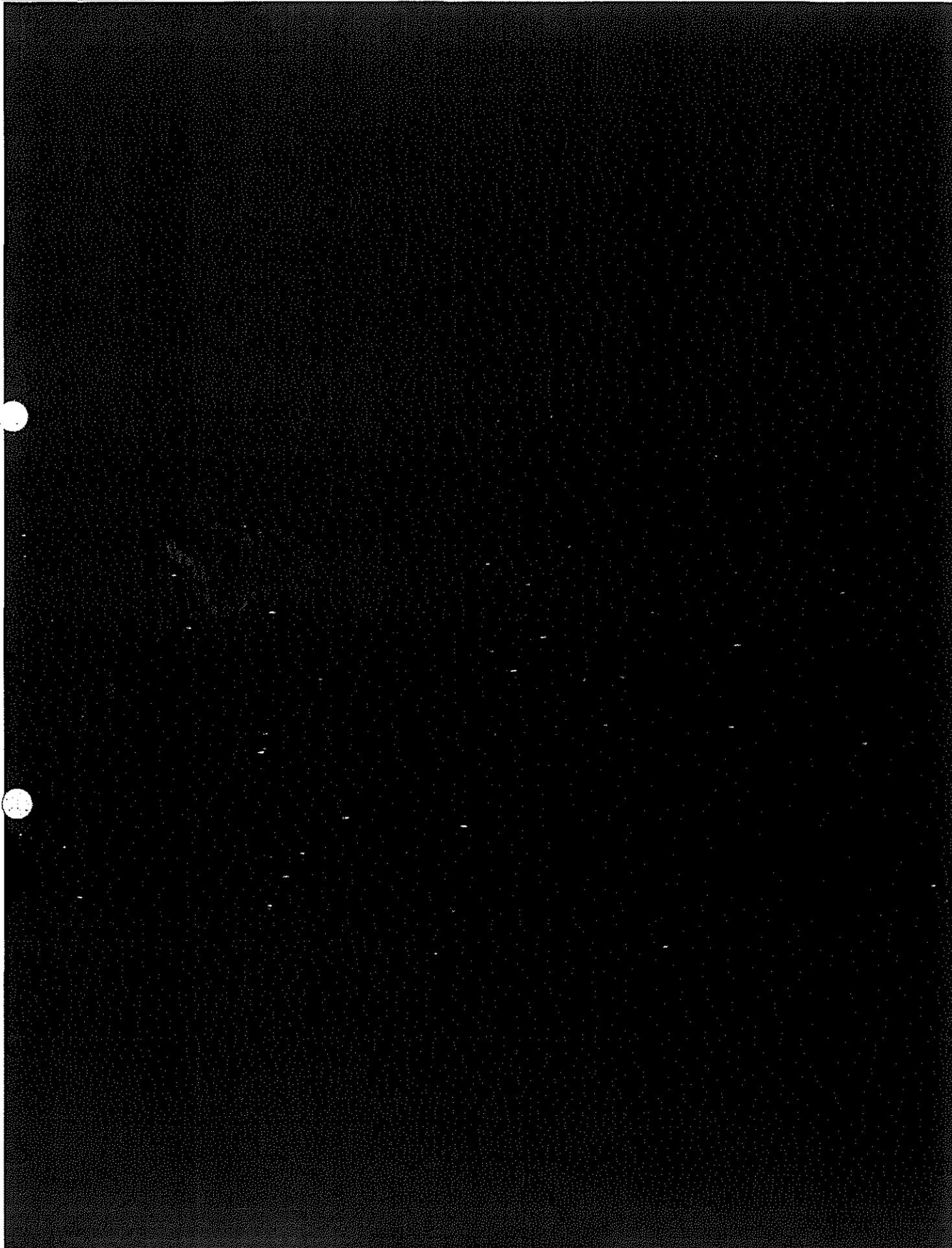


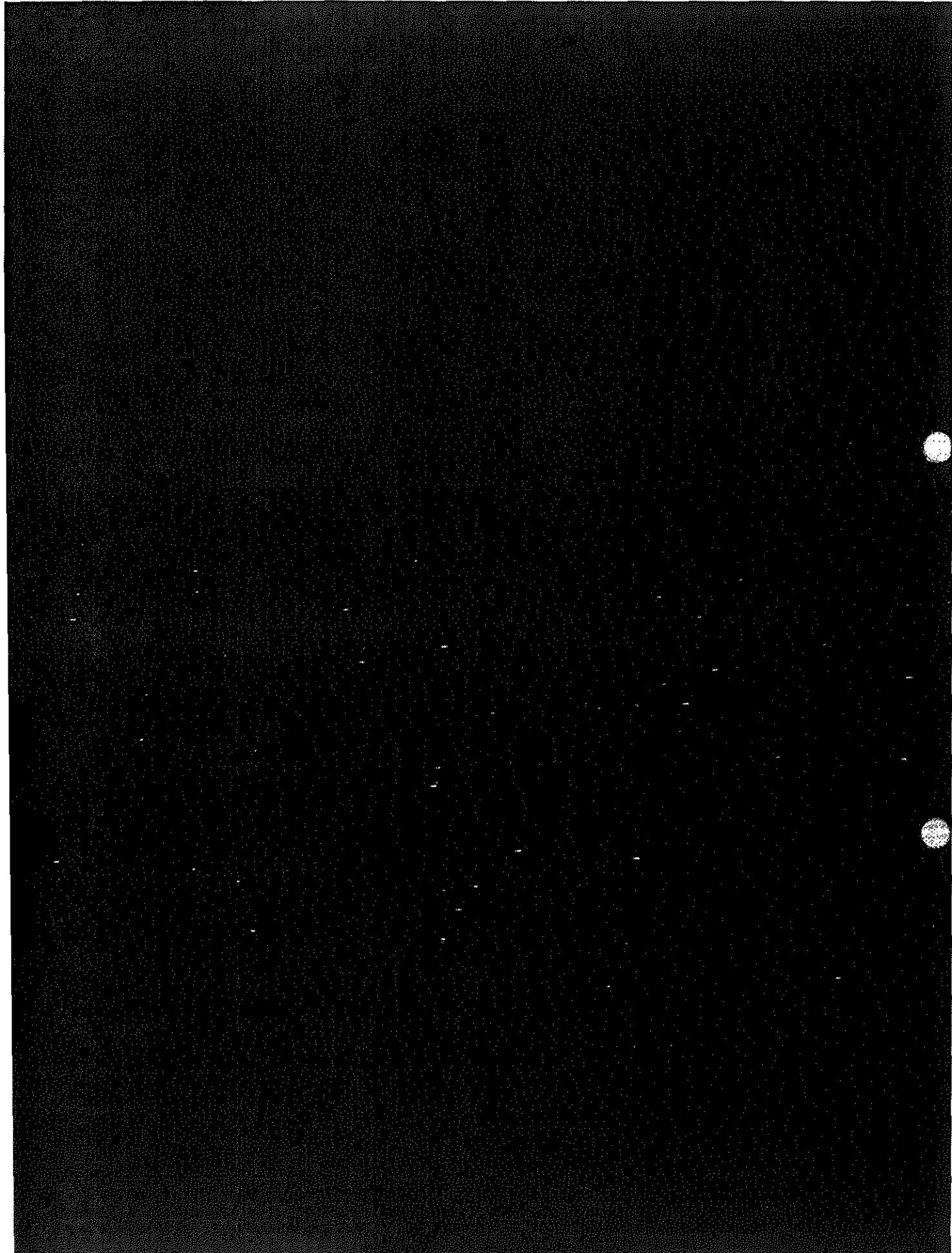


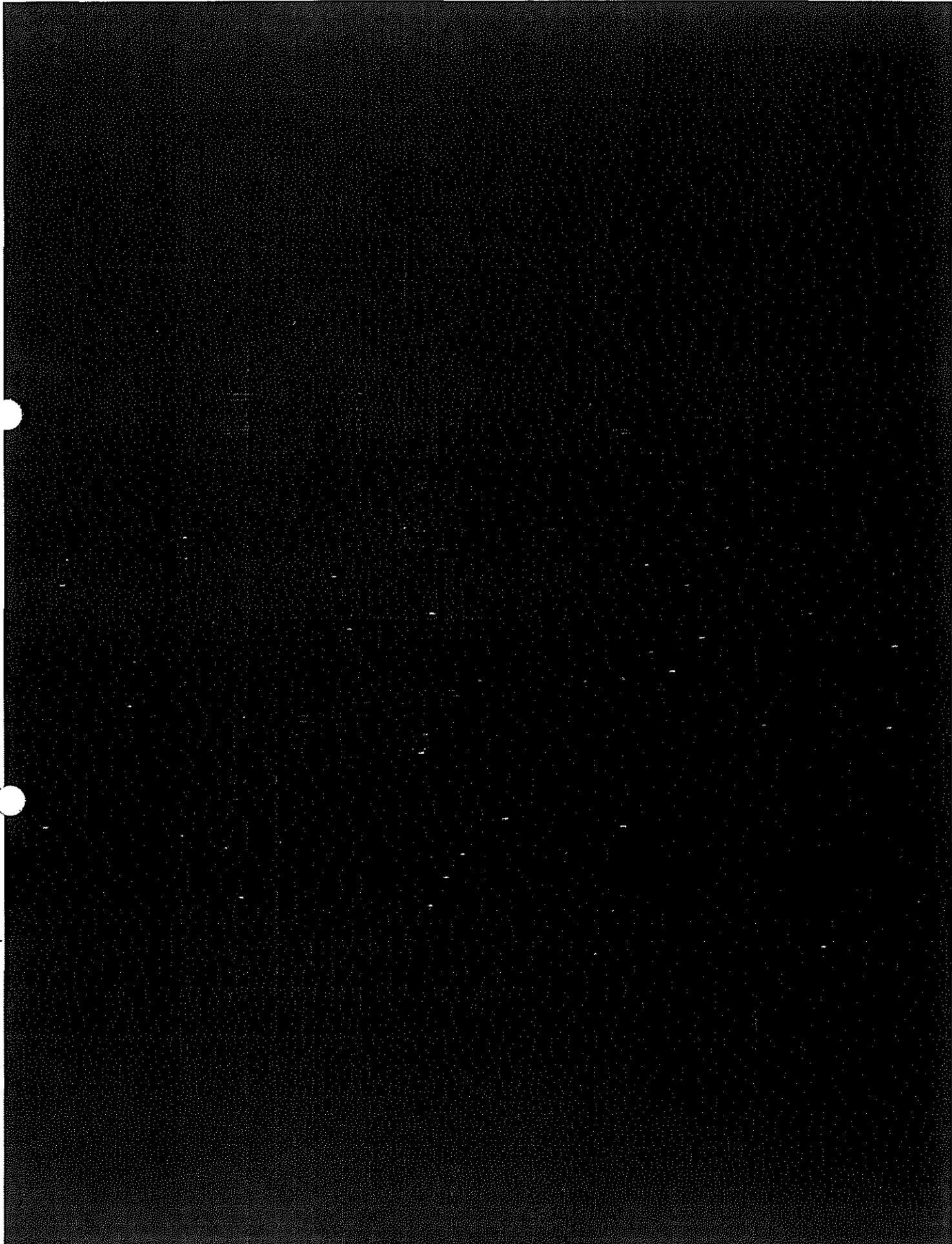




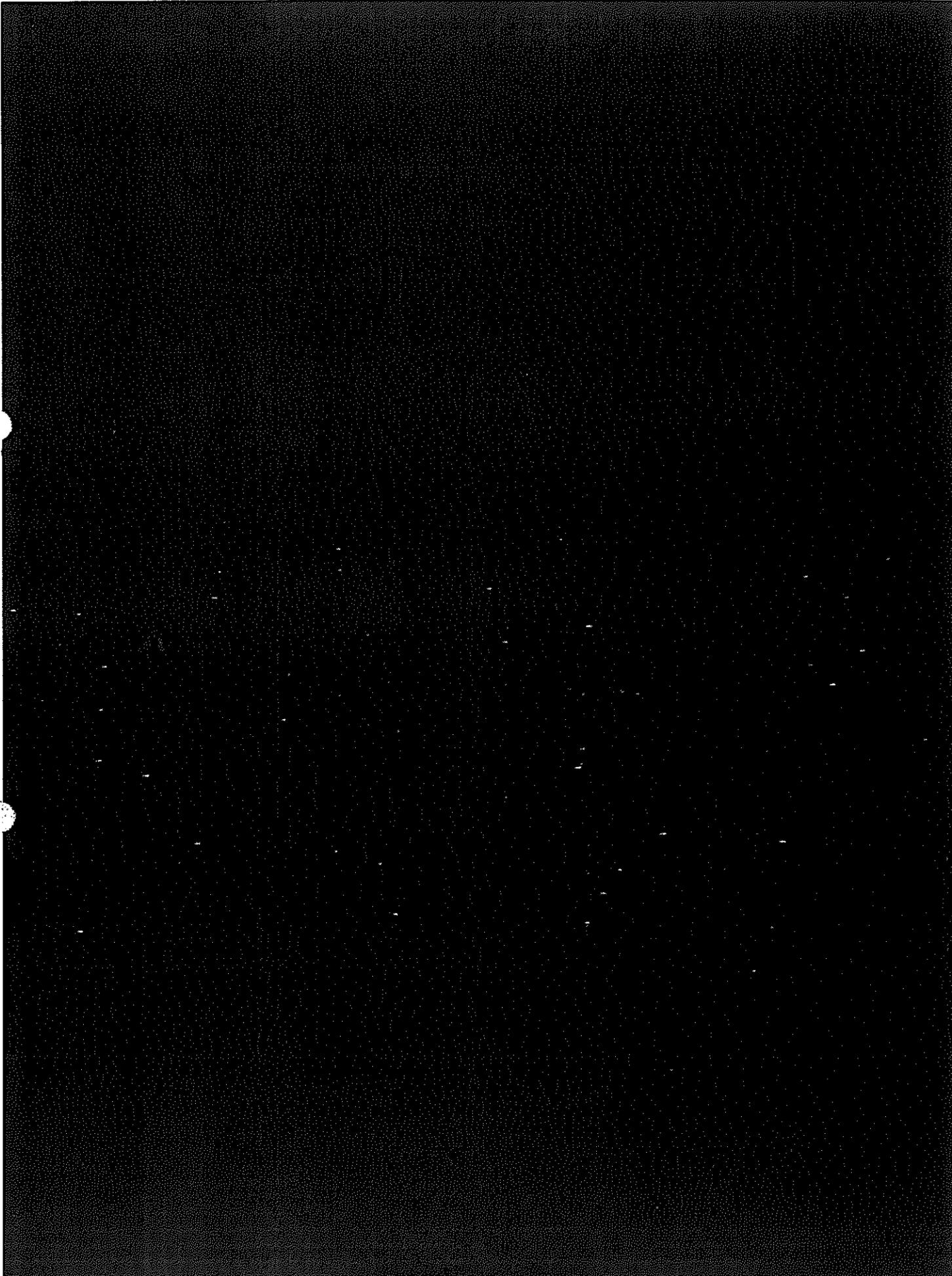


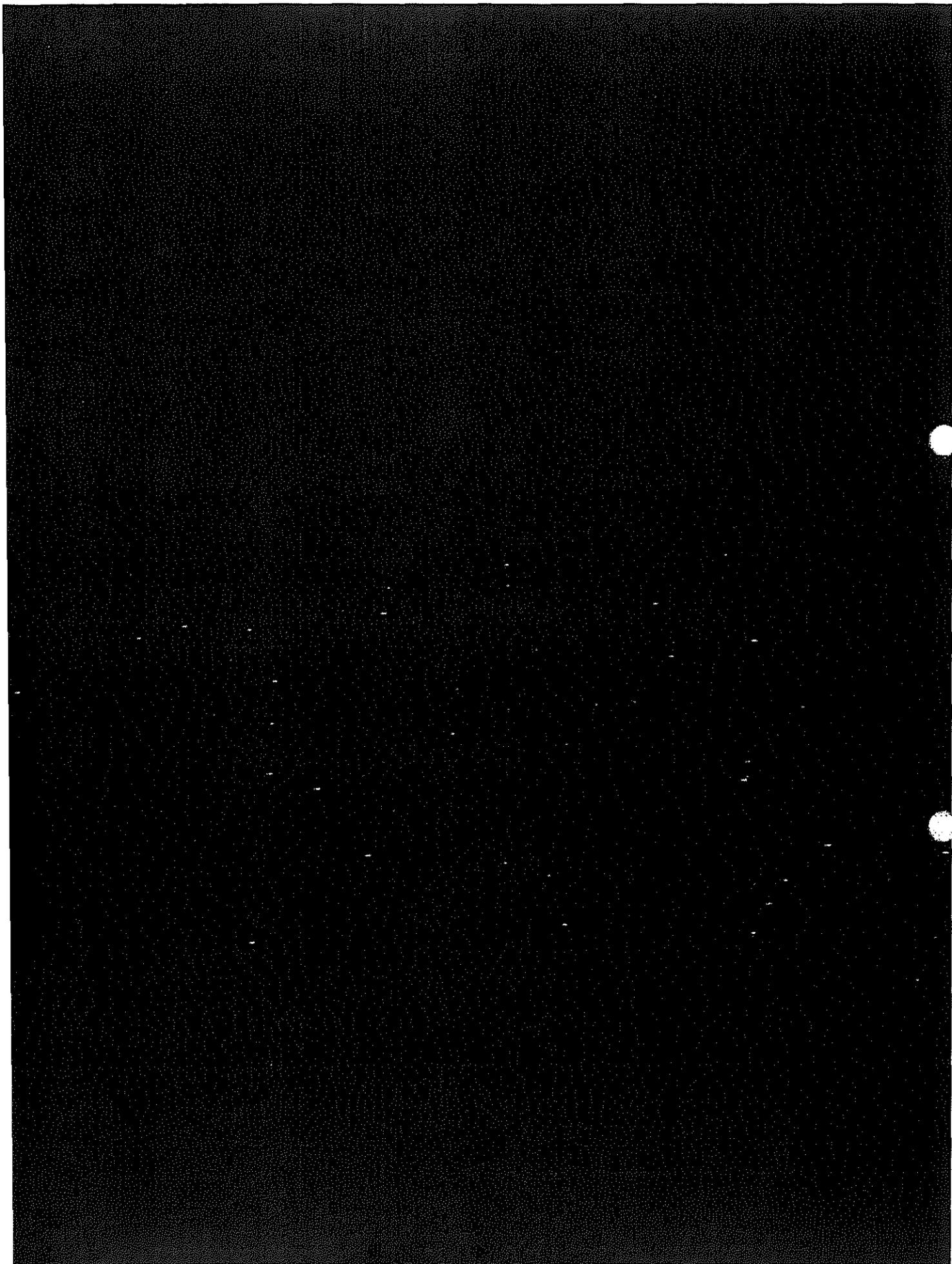


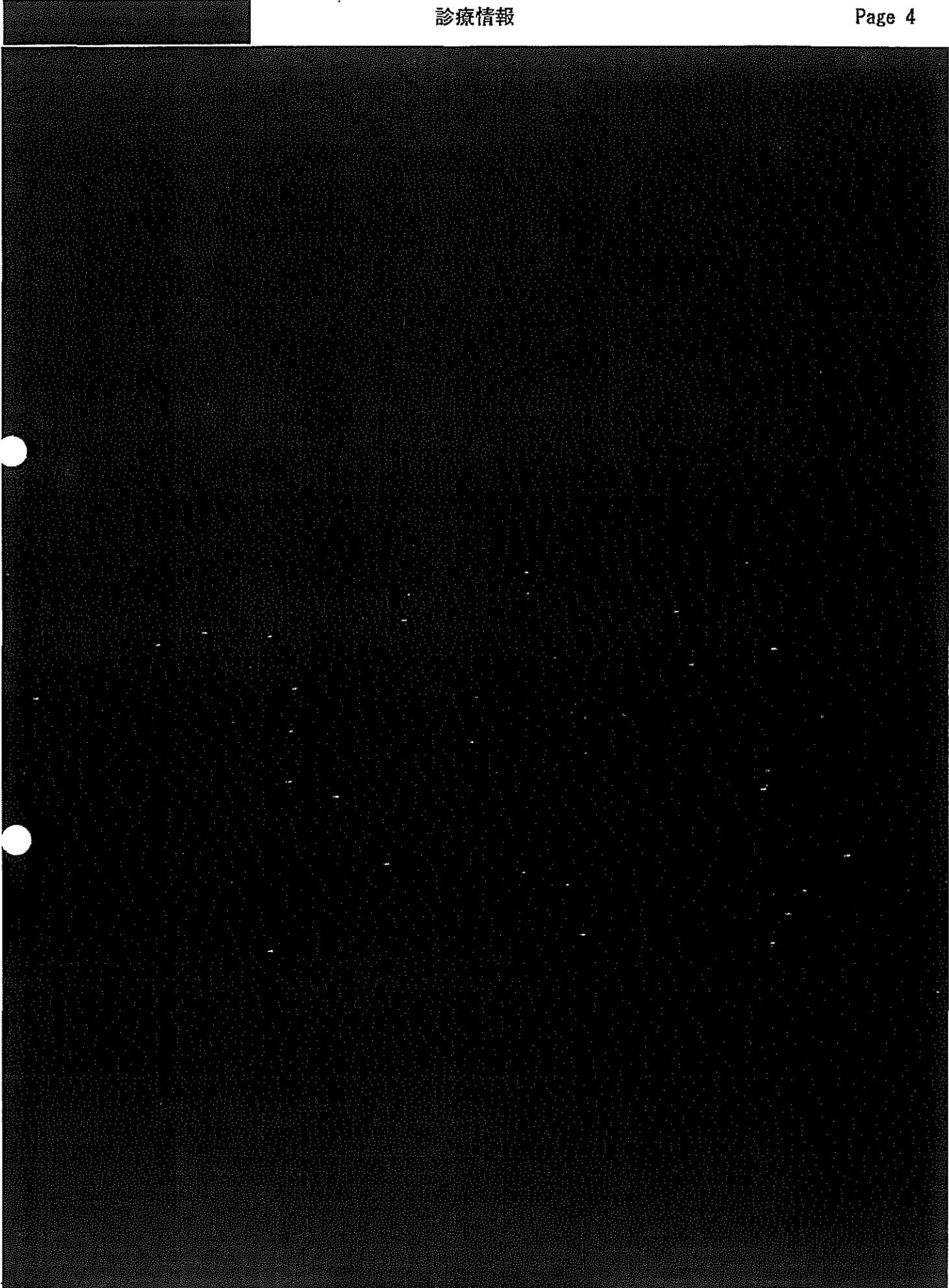




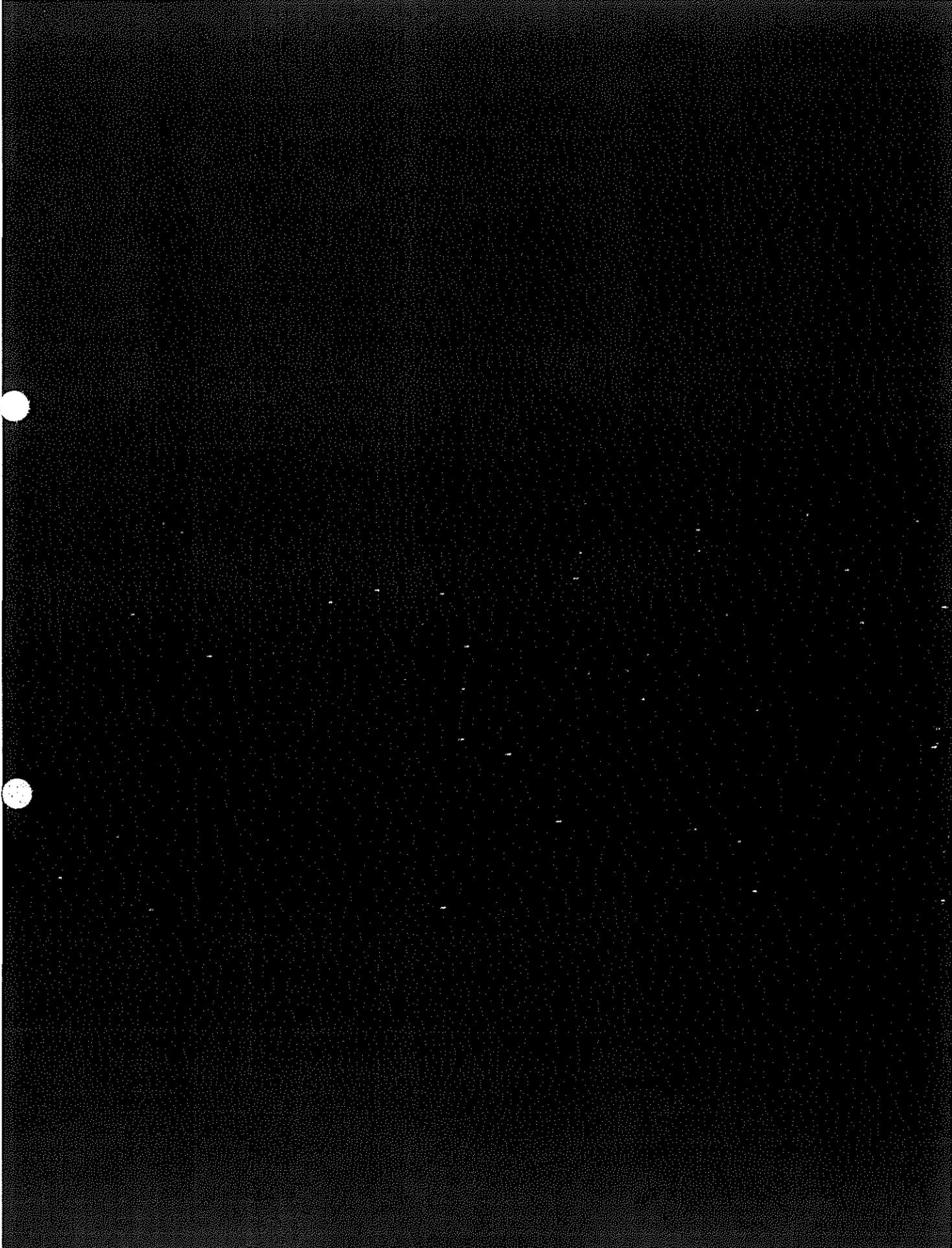














供覧

|    | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 伊 | 係 |
|----|------------|----|----|-----|---|---|
| 供覧 | [Redacted] |    |    |     |   |   |

### 電話 面接 照会 顛末 書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年3月17日                            | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted] |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted]                       |                     |
| 5. 照会の顛末                                     |                     |
| ① [Redacted]                                 |                     |
| ② [Redacted]                                 |                     |
| ③ [Redacted]                                 |                     |
| ④ [Redacted]                                 |                     |
| ⑤ [Redacted]                                 |                     |
| 6. 照会者職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted]              |                     |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
|    | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
| 供覧 | [Redacted] |    |    |     |    |   |

電話面接照会顛末書

|  |                     |
|--|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年2月17日  | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>[Redacted] 氏<br>電話番号 [Redacted]             |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted]を確認をしたもの。                          |                     |
| 5. 照会の顛末<br>① [Redacted]<br>② [Redacted]<br>③ [Redacted] |                     |
| 6. 照会者職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted]                          |                     |

應  
行  
司

|        |             |             |                       |             |        |                                 |            |   |
|--------|-------------|-------------|-----------------------|-------------|--------|---------------------------------|------------|---|
| 立<br>決 | 系<br>裁      | 年<br>月<br>日 | 署<br>長                | 次<br>長      | 課<br>長 | 調<br>査<br>官                     | 係<br>長     | 係 |
| 行<br>公 | 印           | 年<br>月<br>日 | [Redacted]            |             |        |                                 |            |   |
| 印      | 保<br>存<br>印 |             | 立<br>案<br>担<br>当<br>者 | 職<br>氏<br>名 | 印      | 博<br>生<br>勞<br>働<br>専<br>務<br>官 | [Redacted] |   |

基発第 9 号  
平成 21 年 4 月 16 日

[Redacted] 殿

[Redacted] 労働基準監督署長

X線フィルム等のコピー依頼について

下記の労働者の労災保険給付調査に必要ですので、同人のX線フィルム等をコピーしていただきますようお願いいたします。

記

1 労働者氏名 [Redacted] ([Redacted])

2 生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

4 必要フィルム 胸部X線フィルム  
CT

<平成 20 年 10 月 6 日撮影分>

21. 4. 15 [Redacted] 氏よりTEL

20. 10. 6 の分は、フィルムとしていたが、必要なら、  
20. 10. 6 の分は、フィルムとしていたが、必要なら、  
20. 10. 6 の分は、フィルムとしていたが、必要なら、

[Redacted]

担当者: [Redacted] 労働基準監督署  
電話 [Redacted]

|          |
|----------|
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
| 資料No. 10 |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |
|          |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 面 接 照 会 顛 末 書

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年3月18日                 | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>職業病相談員 [Redacted] 医師 |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted]            |                     |
| 5. 照会の顛末<br>[Redacted]            |                     |
| 6. 照会者職氏名<br>厚生労働事務官 [Redacted]   |                     |

|       |    |
|-------|----|
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
| 資料No. | 11 |
|       |    |
|       |    |
|       |    |
|       |    |

|    |            |    |    |     |    |   |
|----|------------|----|----|-----|----|---|
| 供覧 | 署長         | 次長 | 課長 | 調査官 | 係長 | 係 |
|    | [Redacted] |    |    |     |    |   |

## 面 接 照 会 顛 末 書

|                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| 1. 照会年月日 21年4月22日                   | 2. 請求人氏名 [Redacted] |
| 3. 照会相手氏名<br>地方労災医員 [Redacted] 医師   |                     |
| 4. 照会の要旨<br>[Redacted] について         |                     |
| 5. 照会の顛末<br><br>① [Redacted]        |                     |
| 6. 照会者職氏名<br><br>厚生労働事務官 [Redacted] |                     |



通  
行  
司

|    |          |               |         |    |            |    |                             |
|----|----------|---------------|---------|----|------------|----|-----------------------------|
| 立案 | 21年4月28日 | 署長            | 次長      | 課長 | 調査官        | 係長 | 係                           |
| 決裁 | 21年5月1日  | [Redacted]    |         |    |            |    |                             |
| 施行 | 21年5月1日印 | [Redacted]    |         |    |            |    |                             |
| 公印 | 保<br>種別  | 立案担当者<br>職氏名印 | 厚生労働事務官 |    | [Redacted] |    | 基発第 [Redacted] 号<br>21年5月1日 |

[Redacted] 労働局長 殿

[Redacted] 労働基準監督署長

労災保険給付請求人にかかる管理区分の決定に関する資料について

下記労働者より、平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日より [Redacted] に従事した事により [Redacted] を発症したとして労災請求がなされました。当該労働者は、請求時点でじん肺管理区分の決定を受けていないため、平成15年1月20日基発第0120003号により症状確認日以前の管理区分の決定をお願いいたします。

ご多忙中おそれいますが、審査のうえご回答いただきますようお願いいたします。

記

1. 労働者について

氏名

住所

生年月日 昭和 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

2. 添付資料

① 胸部レントゲンフィルム (必ずご返却ください)

平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日

② 職務内容等について ([Redacted] (株) [Redacted])

※ 被災労働者は [Redacted]

③ 調査復命書 (写) <粉じん作業歴にかかる調査復命書>

④ 主治医からの意見書等医学的参考事項 <平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 [Redacted]>

担当者 〒 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] 労働基準監督署

[REDACTED]

電話 [REDACTED]

(  
E)

(  
O)



■ 労収基第 ■ 号  
平成 21 年 6 月 29 日

■ 労働基準監督署長 殿

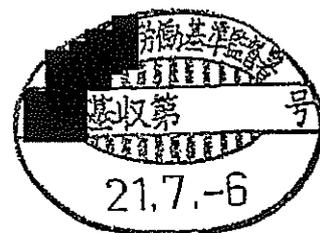
■ 労働局長  
(公印省略)

労災保険給付請求人にかかる管理区分の決定に関する資料について(回答)

平成 21 年 5 月 1 日付け ■ 基発第 ■ 号により依頼がありました標記について、下記労働者のじん肺管理区分決定申請について、別添『じん肺管理区分の決定について』(写)のとおり決定しましたので、別添のとおりじん肺管理区分決定通知書(写)及び関係書類(写)を送付します。

記

| 氏 名 | 事業場の名称及び所在地         |
|-----|---------------------|
| ■   | ■ 株式会社 ■<br>(福岡県 ■) |



労収基第 号  
平成 21 年 6 月 29 日

福岡労働局長 殿

労働局長  
(公印省略)

じん肺管理区分の決定について

先に当局管内に居住する下記の労働者から、じん肺法第 15 条第 1 項によりじん肺管理区分決定申請があり、同条第 3 項において準用する同法第 13 条第 2 項により決定しましたが、最終粉じん事業場が貴局管内にありましたので、別添のとおりじん肺管理区分決定通知書（写）及び関係書類を送付します。

記

| 氏 名             | 事業場の名称及び所在地                         |
|-----------------|-------------------------------------|
| [Redacted Name] | [Redacted] 株式会社<br>(福岡県 [Redacted]) |



第 号  
 基 礎 労 働 平 成 2 1 年 6 月 2 9 日

じん肺管理区分決定通知書

殿

労働局長

平成21年 5月19日 本職あて **提出(申請)** のあつたじん肺管理区分の決定に関する **提出(申請)** に基づき、

じん肺法 **第13条第2項 (同法第16条の2第2項において準用する場合を含む。)**  
**第15条第3項において準用する同法第13条第2項**  
**第16条第2項において準用する同法第13条第2項** の規定により下記のとおり

じん肺管理区分を決定したので通知します。  
 なお、この決定について不服があるときは、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して6日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 (決定があつた日から1年を経過した場合を除きます。)。また、この決定に対する取消訴訟は、この審査請求についての裁決を経た後に、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。)、裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内に提起することができます (裁決があつた日から1年を経過した場合を除きます。)。  
 なお、決定の取消訴訟は、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、①審査請求があつた日から3月を経過しても裁決がないとき、②決定、決定の執行又は手続の進行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき、のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで提起することができます。

記

| 氏 名 | 住 所 | じん肺<br>管 理<br>区 分                 | 備 考   |                          |                      | 療養<br>の<br>要 否 |
|-----|-----|-----------------------------------|---|--------------------------|----------------------|----------------|
|     |     |                                   | じん肺健康診断の結果  |                          |                      |                |
|     |     |                                   | エックス線<br>写真の像   | 肺機能<br>の障害               | かかつて<br>いる合併<br>症の名称 |                |
|     |     |                                   |   |                          |                      |                |
| 以 下 | 余 白 | 管理1<br>管理2<br>管理3イ<br>管理3ロ<br>管理4 | PR <sub>0</sub><br>PR <sub>1</sub><br>PR <sub>2</sub><br>PR <sub>3</sub><br>PR <sub>4</sub> (A, B)<br>PR <sub>4</sub> (C) | F (-)<br>F (+)<br>F (++) |                      | 要<br>否         |
|     |     | 管理1<br>管理2<br>管理3イ<br>管理3ロ<br>管理4 | PR <sub>0</sub><br>PR <sub>1</sub><br>PR <sub>2</sub><br>PR <sub>3</sub><br>PR <sub>4</sub> (A, B)<br>PR <sub>4</sub> (C) | F (-)<br>F (+)<br>F (++) |                      | 要<br>否         |

備考 「じん肺健康診断の結果」の欄の記号は、それぞれ次の意味を表すものであること。

- PR<sub>0</sub> じん肺の所見がない。
- PR<sub>1</sub> エックス線写真の像が第1型である。
- PR<sub>2</sub> エックス線写真の像が第2型である。
- PR<sub>3</sub> エックス線写真の像が第3型である。
- PR<sub>4</sub> (A, B) エックス線写真の像が第4型 (じん肺による大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1以下のもの) である。
- PR<sub>4</sub> (C) エックス線写真の像が第4型 (じん肺による大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1を超えるもの) である。
- F (-) じん肺による肺機能の障害がない。
- F (+) じん肺による肺機能の障害がある。
- F (++) じん肺による著しい肺機能の障害がある。

(提出又は申請の区分)

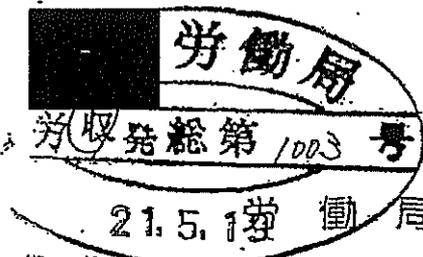
# じん肺診査状況

| 番号 | 受付番号  | 受付年月日          | 業種<br>事務所又は局 | 事業場名<br>(住所)                    | 氏名<br>(生年月日)<br>(住所)     | 粉じん作業の内<br>容<br>(従事年数) | 申請等の内容             |    |       |    | 診査結果         |           |                |               | 資料返還年月日 | 管理区分<br>決定年月 | 総件数 | 備考 |    |    |
|----|-------|----------------|--------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|----|-------|----|--------------|-----------|----------------|---------------|---------|--------------|-----|----|----|----|
|    |       |                |              |                                 |                          |                        | 決定履歴(右側から新しい情報を表示) |    | 今回の申請 |    | 所見等<br>(合併症) | 再検査の<br>要 | 検査等<br>の<br>結果 | 作業<br>の<br>状況 |         |              |     |    | 備考 | 備考 |
|    |       |                |              |                                 |                          |                        | 内容                 | 内容 | 内容    | 備考 |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
| 1  | 10030 | 平成21年<br>5月19日 |              | (株) [redacted]<br>福岡 [redacted] | [redacted]<br>[redacted] | [redacted]<br>(21年5ヶ月) |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              | 以                               |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
|    |       |                |              |                                 |                          | ( )                    |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |
| 備考 |       |                |              |                                 |                          |                        |                    |    |       |    |              |           |                |               |         |              |     |    |    |    |

21年6月5日 診査を行った結果は、診査結果欄に記載のとおりです。  
じん肺診査医

| じん肺管理区分決定申請書         |   |                |
|----------------------|---|----------------|
| 事業の種類                | 事業場の名称  | 事業場の所在地        |
|                      | (株)   | 郵便番号<br>電話 ( ) |
| 当該申請に係るじん肺管理区分決定対象者数 |   |                |
| 添付資料                 | 1 エックス線写真 枚<br>2 じん肺健康診断の結果を証明する書面 枚<br>3 その他の参考資料                                    |                |
| じん肺法第十五条の場合          | 申請者は、上記事業場において、じん肺法施行規則第2条に定める粉じん作業に常時従事する(労働者)であることに相違ありません。<br>年 月 日<br>職<br>事業者 氏名 |                |
| 事業者への通知の可否           | 諾   | 否              |

2年5月7日



申請者 住所 氏名

備考

- 「事業の種類」、「事業場の名称」及び「事業場の所在地」の欄は、申請者が常時粉じん作業に従事する労働者である場合は、その所属事業場について、申請者が常時粉じん作業に従事する労働者であった者である場合は、常時粉じん作業に従事した最終の事業場について記入すること。
- 「事業の種類」の欄は、日本標準産業分類の中分類により記入すること。
- 申請者が常時粉じん作業に従事する労働者であった者である場合には、「事業者への通知の可否」の欄に、事業者証明を行った事業者あてにじん肺管理区分決定結果を通知することの可否を記入すること。ただし、申請者がその事業者に現に使用されている労働者である場合には記入しないこと。
- 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができる。

申立書

私は、  
[redacted]年 [redacted]月 [redacted]日以来、  
[redacted] (最終粉じん事業場名)  
[redacted] (株) を  
最後に粉じん作業には従事していないことに相違ありません。

平成 21年 5月 7日

住所

[redacted]

氏名

[redacted]

労働局長 殿

平成21年5月14日

会社名

株式会社

代表者氏名

## 職歴証明書

氏名

(生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日)

上記の者、昭和 年 月 日から昭和 年 月 日まで在籍したことを証明します。

事業場名

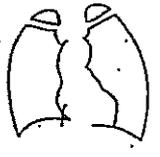
株式会社

所在地

## じん肺健康診断結果証明書

|      |      |          |      |               |      |         |         |     |         |      |   |      |   |          |   |
|------|------|----------|------|---------------|------|---------|---------|-----|---------|------|---|------|---|----------|---|
| ふりがな |      | 性別       |      | じん肺の経過        |      |         |         | 既往歴 |         |      |   |      |   |          |   |
| 氏名   |      | 生年月日     | 明・大  | 初めてのじん肺有所見の診断 |      |         |         | 肺結核 | 歳       | 心臓疾患 | 歳 |      |   |          |   |
| 住所   | (変更) | 前2回の決定状況 | 決定年月 | 年             | 月    | 日       | じん肺管理区分 | PR  | F       | 胸膜炎  | 歳 |      |   |          |   |
|      |      | 決定年月     | 年    | 月             | 日    | じん肺管理区分 | PR      | F   | 気管支炎    | 歳    |   |      |   |          |   |
| 事業場  | 名称   | (株)      | 業種   |               | 決定年月 | 年       | 月       | 日   | じん肺管理区分 | PR   | F | 気管支炎 | 歳 | その他の胸部疾患 | 歳 |
|      | 所在地  |          |      |               | 決定年月 | 年       | 月       | 日   | じん肺管理区分 | PR   | F | 気管支炎 | 歳 |          | 歳 |
|      |      |          |      |               | 決定年月 | 年       | 月       | 日   | じん肺管理区分 | PR   | F | 気管支炎 | 歳 |          | 歳 |
|      |      |          |      |               | 決定年月 | 年       | 月       | 日   | じん肺管理区分 | PR   | F | 肺気腫  | 歳 |          | 歳 |

| 粉じん作業職歴         |              |     |    |
|-----------------|--------------|-----|----|
| 現在の事業場          | 事業場名及び粉じん作業名 | 期間  | 年数 |
| 現在の事業場に来てから     | 事業場名         |     |    |
|                 | 粉じん作業名       |     |    |
|                 | 事業場名         |     |    |
|                 | 粉じん作業名       |     |    |
|                 | 事業場名         | (号) | 年月 |
|                 | 粉じん作業名       |     |    |
|                 | 事業場名         | (号) | 年月 |
| 粉じん作業名          |              |     |    |
| 事業場名            | (号)          | 年月  |    |
| 粉じん作業名          |              |     |    |
| 事業場名            | (号)          | 年月  |    |
| 粉じん作業名          |              |     |    |
| 粉じん作業に従事した期間の合計 |              | 年   | 月  |

| <p>エックス線写真による検査</p>  <p>4. エックス線写真の像</p> <p>イ. 小陰影の区分 (2% 1% 1% 1% 1% 1% 1% 1% 1% 1%)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>像</th> <th>区分</th> <th>タイプ</th> </tr> <tr> <td>粒状形</td> <td>/</td> <td>PQR</td> </tr> <tr> <td>不整形形</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 pic ca bu ca cv em es pt b)</p> <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>年月日 医療機関の名称及び所在地</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 (印)</p> | 像        | 区分  | タイプ | 粒状形  | / | PQR | 不整形形 | / |   | <p>肺機能検査</p> <p>1. 身長 <input type="text"/> m 年齢 <input type="text"/> 歳</p> <p>2. 肺活量測定 <input type="text"/> l</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>検査年月日</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> </tr> <tr> <td>肺活量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>努力肺活量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1秒量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1秒率</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>%肺活量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>V25/身長(m)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>検査年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>採血の部位</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>採血から分析終了までの時間</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>酸素分圧</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> </tr> <tr> <td>尿酸ガス分圧</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> </tr> <tr> <td>肺動脈血酸素分圧差</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> <td colspan="3">TORR</td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td colspan="9">F(- + +)</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">医療機関の名称及び所在地</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">年月日 医師氏名 (印)</td> </tr> </table> | 検査年月日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 肺活量 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 努力肺活量 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1秒量 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1秒率 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | %肺活量 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | V25/身長(m) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 検査年月日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 採血の部位 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 採血から分析終了までの時間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 酸素分圧 | TORR |  |  | TORR |  |  | TORR |  |  | 尿酸ガス分圧 | TORR |  |  | TORR |  |  | TORR |  |  | 肺動脈血酸素分圧差 | TORR |  |  | TORR |  |  | TORR |  |  | 判定 | F(- + +) |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関の名称及び所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年月日 医師氏名 (印) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|----------|-----|-----|------|---|-----|------|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------|--|--|------|--|--|------|--|--|--------|------|--|--|------|--|--|------|--|--|-----------|------|--|--|------|--|--|------|--|--|----|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 像  | 区分       | タイプ |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 粒状形  | /        | PQR |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 不整形形   | /        |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査年月日  | 年        | 月   | 日   | 年    | 月 | 日   | 年    | 月 | 日 |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肺活量  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 努力肺活量  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1秒量  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1秒率  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| %肺活量   |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| V25/身長(m)  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査年月日  | 年        | 月   | 日   | 年    | 月 | 日   | 年    | 月 | 日 |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 採血の部位  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 採血から分析終了までの時間  |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 酸素分圧   | TORR     |     |     | TORR |   |     | TORR |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 尿酸ガス分圧   | TORR     |     |     | TORR |   |     | TORR |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肺動脈血酸素分圧差  | TORR     |     |     | TORR |   |     | TORR |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 判定   | F(- + +) |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の名称及び所在地   |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年月日 医師氏名 (印)   |          |     |     |      |   |     |      |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |      |  |  |      |  |  |      |  |  |        |      |  |  |      |  |  |      |  |  |           |      |  |  |      |  |  |      |  |  |    |          |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |              |     |   |        |    |    |    |
|--------------|--------------|-----|---|--------|----|----|----|
| 合併症に関する検査    |              |     |   | 医師意見   |    |    |    |
| 検査年月日        | 年            | 月   | 日 | 結核菌    | たん | 塗抹 | 培養 |
| 自覚症状         |              |     |   | 結核菌    | たん | 塗抹 | 培養 |
| 結核菌          | 塗抹           | +   | - | たん     | 量  | 年  | 月  |
| 培養           | +            | -   |   | 性状     | 年  | 月  | 日  |
| エックス線        | 撮影法          | ( ) |   | 年      | 月  | 日  |    |
| 特殊撮影         | 所見           |     |   | 特殊撮影   | 所見 |    |    |
| 赤血球沈降速度      | 1時間値         | mm  |   | その他の所見 |    |    |    |
|              | 2時間値         | mm  |   |        |    |    |    |
| ツベルクリン反応     | mm X         | mm  |   |        |    |    |    |
| 判定           | 医療機関の名称及び所在地 |     |   |        |    |    |    |
| 年月日 医師氏名 (印) |              |     |   |        |    |    |    |

備考 第十条第二項の規定によりたんに関する検査及びエックス線特殊撮影による検査以外の検査を省略したときは、当該省略した検査に係る欄の記入を要しないこと。

|                     |
|---------------------|
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
|                     |
| 資料No.            13 |
|                     |
|                     |

基発第 78 号  
平成 21 年 7 月 14 日

様式 2

|            |    |    |    |   |
|------------|----|----|----|---|
| 署長         | 次長 | 課長 | 給調 | 係 |
| [Redacted] |    |    |    |   |

地方労災医員 [Redacted] 殿

### 意見書の提出依頼について

下記に労働者にかかる 業務上外の認定 再発の認定 治ゆの認定 障害等級の認定 について必要があるので、  
 診断 記の事項について判断を依頼してよろしいかお伺いします。

記

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| 労働保険番号  | [Redacted]  | 労働者の氏名、年齢 | [Redacted] ( [Redacted] 歳)                |
| 事業場の名称  | [Redacted] (株) [Redacted]   | 労働者の住所    | [Redacted]                                |
| 最終診療機関名 | [Redacted]  | 労働者の職種    | [Redacted]                                |
| 傷病名     | [Redacted]  | 負傷発病年月日   | 平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日 |
| 依頼事項    | <p>上記労働者は平成 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日より [Redacted] の治療を行い、当該治療に関し労災請求を行いました。当該労働者は [Redacted] に従事していたと認められるものの、じん肺管理区分の決定を受けていない状態であったため（申請していない状態）、現在在住の [Redacted] 労働局長あてじん肺の管理区分の申請指導をしたところ、これに対し平成21年6月29日付けで「じん肺管理区分 [Redacted] の決定がなされました。</p> <p>当該労働者は [Redacted] に昭和 [Redacted] 年から [Redacted] 年の2年間従事しており、これが業務と「 [Redacted] 」との発症について、下記事項をご教示願います。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. X線等の所見について</li> <li>2. 症状確認日について</li> <li>3. [Redacted] が原発性であるか否かについて</li> <li>4. 労働者が従事していた業務（ [Redacted] ）と上記「 [Redacted] 」との間に相当因果関係が認められるか否かについて</li> <li>5. その他参考事項</li> </ol> |           |   |
| 添付書類    | 1   | 2         | 3 4                                       |
| 提出期限    | 平成 21 年 7 月 22 日  |           | 担当者官職氏名 厚生労働事務官 [Redacted]                |

様式 2

|   |    |    |                |    |    |                  |
|---|----|----|----------------|----|----|------------------|
| 係 | 係員 | 係長 | 給付<br>調整<br>課長 | 次長 | 署長 | 供<br>年<br>月<br>日 |
|---|----|----|----------------|----|----|------------------|

様式 4

第 号  
平成 21 年 7 月 15 日

労働基準監督署長殿

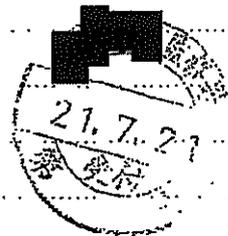
病 院  
診 療 所  
医 師

意見書の提出について

今般、標記について依頼がありましたので、下記のとおり意見を申し述べます。

記

| 労働保険号             | 府県                                    | 所業 | 資格 | 基幹番号 | 技番号 | 負傷発病年月日        | 年 月 日 | 治ゆ年月日 | 年 月 日 |
|-------------------|---------------------------------------|----|----|------|-----|----------------|-------|-------|-------|
| 労働者の名             |                                       |    |    |      |     | 負傷の部位及び<br>傷病名 |       |       |       |
| 主訴及び自覚症           |                                       |    |    |      |     |                |       |       |       |
| 依頼事項にかかる意見（検査成績等） | <p style="text-align: center;">別添</p> |    |    |      |     |                |       |       |       |



三三・七・二二 基幹第四五四号

- (注) 1. この意見書は、1部労働基準監督署長へ提出してください。 (署提出用)  
2. 「医師の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

\*別添

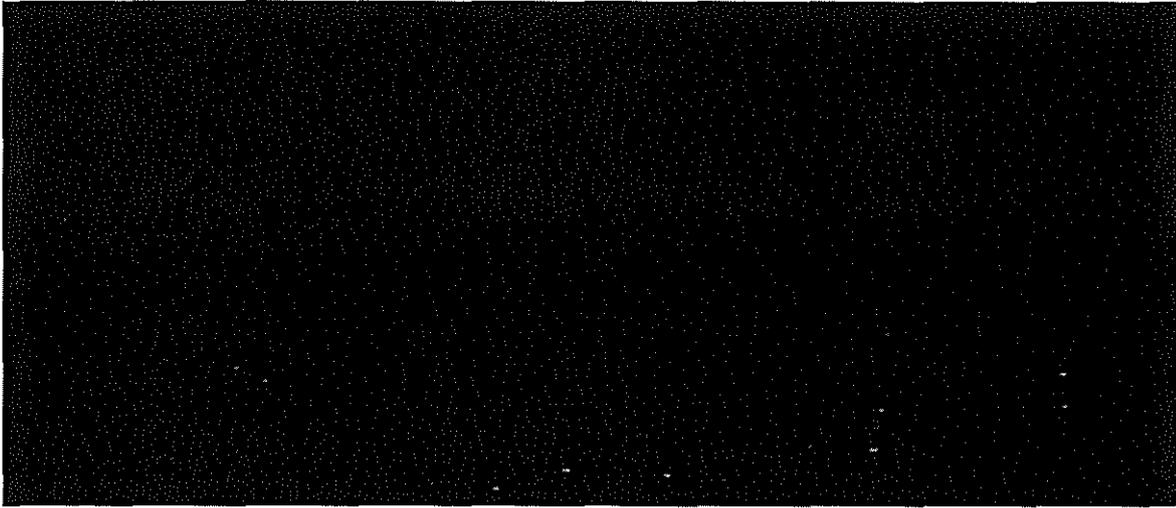
■■■■ (■■ 歳)

生年月日 昭和■■年■■月■■日生

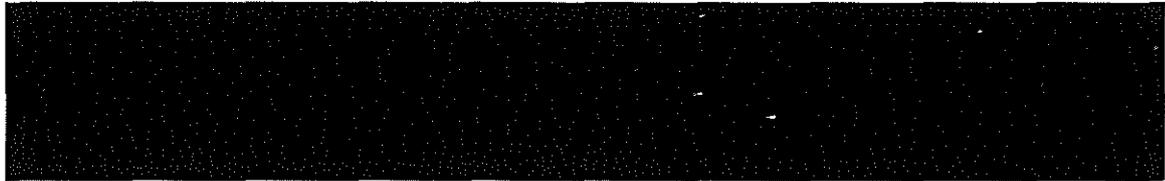
傷病名 ■■■■

発病年月日 平成■■年■■月■■日

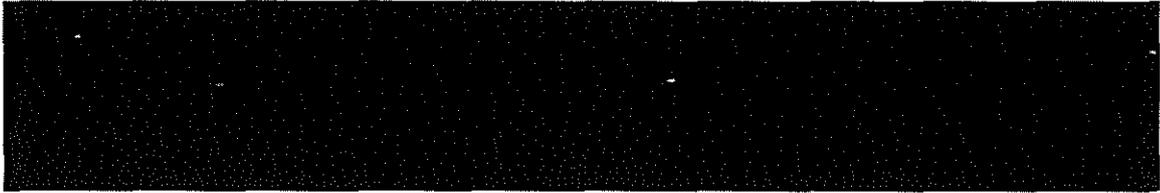
1. X線等の所見について



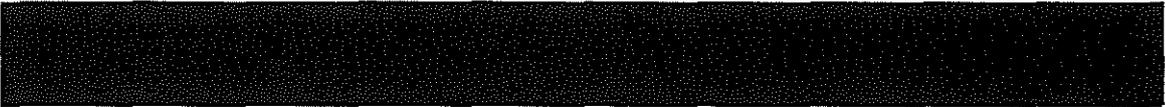
2. 症状確認日について

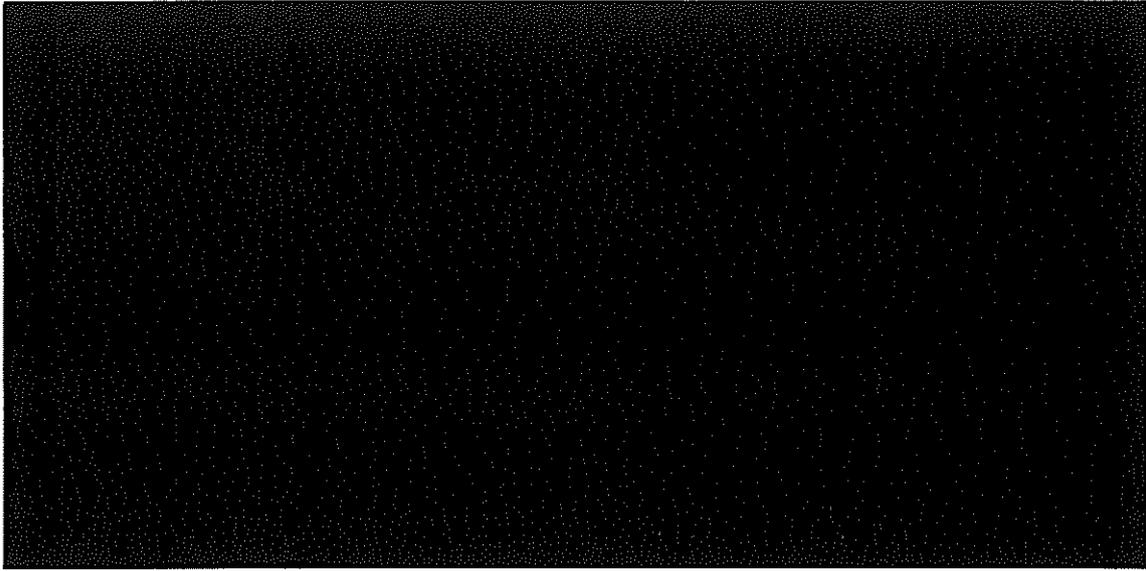


3. ■■■■が原発性であるか否かについて

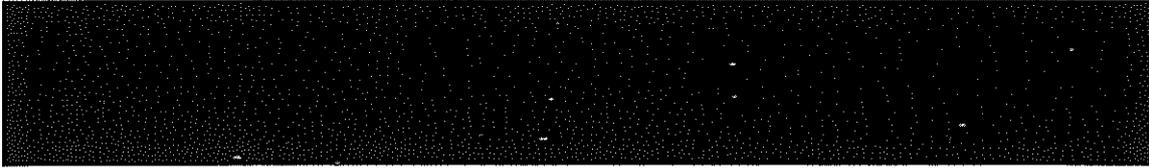


4. 労働者が従事していた業務(■■■■)と上記「■■■■」との間に相当因果関係が認められるか否かについて

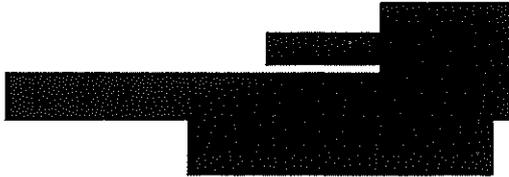




5. その他、参考となると思われる事項について



平成21年 7月 15日





会社法人用

# 登記事項証明書交付申請書

|  |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
| 申請人<br>〇〇〇〇 労働基準監督署<br>厚生労働事務官 〇〇〇〇  |  | 申請は公務のためであることを証明する。<br>〇〇〇〇 労働基準監督署長<br>労働基準監督官 〇〇〇〇   |              |
| 商号（名称）<br>〇〇〇〇（株）  |  |  |              |
| 本店（支店）   |  |  |              |
| 会社法人番号   |  |  |              |
| 請求事項   |  | 一部請求事項   | 通数           |
| 履歴事項証明書  | <input checked="" type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→ | <input type="checkbox"/> 株式・資本区<br><input type="checkbox"/> 目的区<br><input type="checkbox"/> 役員区<br><input type="checkbox"/> 支店区<br><input type="checkbox"/> その他<br>（                      区） |              |
| 現在事項証明書  | <input type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→            |  |              |
| 閉鎖事項証明書  | <input type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→            |  |              |
| 代表者事項証明書（資格証明書）<br><input type="checkbox"/> 全員<br><input type="checkbox"/> 2名以上のうち1名以上を請求する場合<br>代表者の氏名（                      ）  |  |  |              |
| コンピュータ化以前の閉鎖登記簿の謄抄本<br><input type="checkbox"/> コンピュータ化に伴う閉鎖登記簿謄本<br><input type="checkbox"/> 閉鎖謄本（      年      月      日閉鎖）<br><input checked="" type="checkbox"/> その他 会社はありませんでした |  |  |              |
| 利害関係（請求の理由）  |  | 労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）に基づく労働保険料の徴収上必要なため  |              |
| 手数料  |  | 登記手数料令第19条により免除  |              |
| 登記所の表示   |  | 福岡法務局  | 〇〇〇〇 支局（出張所） |
| 請求年月日  |  | 21.3.12  |              |

|       |      |     |    |     |            |            |    |     |    |     |
|-------|------|-----|----|-----|------------|------------|----|-----|----|-----|
| 施行    | 立案   | 年   | 月  | 日   | 署長         | 次長         | 課長 | 調査官 | 係長 | 係   |
|       | 決裁   | 年   | 月  | 日   | [Redacted] |            |    |     |    |     |
|       | 施行   | 年   | 月  | 日   | 印          | [Redacted] |    |     |    |     |
| 会社法人用 | 登記事項 | 申請書 | 提出 | 申請書 | 提出         | 申請書        | 提出 | 申請書 | 提出 | 申請書 |

|  |  |  |         |
|--|--|--|---------|
| 申請人<br>[Redacted] 労働基準監督署<br>厚生労働事務官 [Redacted]  |  | 申請は公務のためであることを証明する。<br>[Redacted] 労働基準監督署長<br>労働基準監督官 [Redacted] 印 |         |
| 商号（名称）   |  | [Redacted] (株)   |         |
| 本店（支店）   |  |  |         |
| 会社法人番号   |  |  |         |
| 請求事項   |  | 一部請求事項   | 通数      |
| 履歴事項証明書  | <input checked="" type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→ | <input type="checkbox"/> 株式・資本区<br><input type="checkbox"/> 目的区    | /       |
| 現在事項証明書  | <input type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→            | <input type="checkbox"/> 役員区<br><input type="checkbox"/> 支店区       |         |
| 閉鎖事項証明書  | <input type="checkbox"/> 全部（謄本）<br><input type="checkbox"/> 一部（抄本）→            | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) 区)                             |         |
| 代表者事項証明書（資格証明書）  |  |  |         |
| <input type="checkbox"/> 全員<br><input type="checkbox"/> 2名以上のうち1名以上を請求する場合<br>代表者の氏名 ( )                               |  |  |         |
| コンピュータ化以前の閉鎖登記簿の謄抄本  |  |  |         |
| <input type="checkbox"/> コンピュータ化に伴う閉鎖登記簿謄本<br><input type="checkbox"/> 閉鎖謄本 ( 年 月 日閉鎖)<br><input type="checkbox"/> その他 |  |  |         |
| 利害関係（請求の理由）  | 労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）に基づく労働保険料の徴収上必要なため                              |  |         |
| 手数料  | 登記手数料令第19条により免除  |  |         |
| 登記所の表示   | 福岡法務局  | [Redacted]   | 支局（出張所） |
| 請求年月日  | 21. 3. 12  |  |         |