

基発 0622 第 5 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)

タール様物質による疾病の業務上外について (回答)

平成 21 年 12 月 25 日付け福岡労発基第 309 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 17 に定める業
務上の疾病に該当するものとして取扱われたい。

基発0622第6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)

タール様物質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

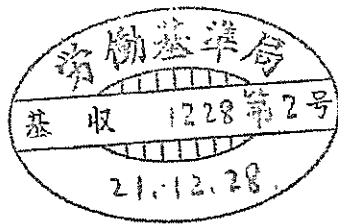
労働者 A は B 事業場において [REDACTED] に 8 年 3 ヶ月間従事したことにより、皮膚がん（ [REDACTED] ）を発症したとして、労災保険給付を請求したもの。

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 7 に定める業務上の疾病に該当する。

3 判断理由

本省が意見書を依頼した専門医においては、労働者 A の作業内容、作業期間、ばく露状況や療養経過等の医学的事項を総合して、労働者 A の業務と発症した皮膚がんに関係を認めることが妥当と判断された。



福岡労発基第 309号

平成21年12月25日

厚生労働省 労働基準局長 殿

福岡労働局長

(公印省略)

タール様物質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 労働基準監督署管下に所在する (株)において、昭和 年 月から平成 年 月までの8年3ヶ月間に に従事した労働者1名から皮膚がん ()を発症したとして療養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皮膚がん ()と診断されたため、昭和57年9月27日付け基発第640号通達記の第1の2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。

にかかると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) 被災者の業務歴

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(株)(現 (株))で に従事していた。
- ② 昭和 年 月から平成 年 月まで し、 (株)(現 (株))で に従事していた。
- ③ 平成 年 月から平成 年 月まで(株)で に従事していた。
- ④ 平成 年 月～現在まで(株)で 。

(2) 作業内容について

- ① 昭和 年～ 年
- ② 昭和 年～昭和 年
- ③ 昭和 年～昭和 年
- ④ 昭和 年～昭和 年
- ⑤ 昭和 年～平成 年
- ⑥ 平成 年～平成 年

(3) ばく露作業状況等

① 作業着

② 粉じんマスク

③

(4) 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」

② 主治医意見

傷病名

傷病年月日 「平成 年 月 日」

③ 主治医意見

傷病名

確定年月日 「平成 年 月 日」

原発性

④ 専門医意見

傷病名

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 療養補償給付たる療養の給付請求書 (写)

② 申立書 (写) (請求人 平成21年5月5日付)

③ 聴取書 (写) (請求人 平成21年5月26日)

④ 報告書 (写) (株)
平成21年5月24日付) 及び資料

顛末書 (写) (株)

平成21年6月2日)

- ⑤ 報告書(写) ([REDACTED] (株) 平成21年6月11日付)
- ⑥ 意見書の提出依頼について
([REDACTED] 平成21年5月21日付)
- ⑦ 意見書の提出依頼について ([REDACTED] 平成21年5月29日付)
- ⑧ 意見書の提出依頼について
([REDACTED] 平成21年5月27日付)
- ⑨ 意見書の提出依頼について
(労災協力医 [REDACTED] 平成21年7月30日付)

署 長		次 長		課 長		給 調 係 長		係	
--------	--	--------	--	--------	--	------------------	--	---	--

整理 番号	第 号
	災調第 号

(備考)

平成 21 年 7 月 30 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)	(事業場名称)	(労働者氏名)
	(株)	の

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 4 月 22 日から平成 21 年 7 月 30 日 労働基準監督署 において
2 調査の目的
に従事した被災労働者に発症した「」が労働基準法施行規則第 3 5 条 別表第 1 の 2 第 7 号の 1 7 に該当するか否かについて調査したもの。
3 調査内容
(1) 被災労働者について
氏 名
住 所
生年月日 昭和 年 月 日
職 種
(2) 所属事業場
名 称 (株)
住 所

(3) 災害発生状況について【添付資料 1 参照】

■■■■ (年昭和■■年) ■■■月より■■■■年 (平成■■年) ■■■月まで、8年3ヶ月に渡り■■■■に従事しており、その間■■■■に曝露されて作業をおこなったため■■■■を発病したものと考えられる。

(4) 請求人の職歴について【添付資料2、3、4、5 参照】

① 昭和■■年■■月～昭和■■年■■月

事業場名 ■■■■(現■■■■)

職 種 ■■■■

作業内容 ■■■■

昭和■■年～■■年: ■■■■

■■■■

昭和■■年～■■年: ■■■■

■■■■

■■■■

昭和■■年～■■年: ■■■■

■■■■

■■■■

昭和■■年～■■年: ■■■■

■■■■

■■■■

■■■

② 昭和■■年■■月～平成■■年■■月

事業場名 ■■■■(現■■■■)

■■■■

職 種 ■■■■

作業内容 ■■■■

■■■■

③ 平成 年 月～平成 年 月
事業場名
職 種
作業内容
④ 平成 年 月～現在
事業場名
職 種
(5) 最終の ばく露事業場について
上記(4)より、(4)の
(6) 最終の ばく露事業場における作業状況等について【添付資料 3 参照】
① 作業着:
② 手袋:
③ ヘルメット:
④ 粉じんマスク:

⑤

⑥

⑦

(7) 被災労働者の身体状況・日常生活状況等について【添付資料 3参照】

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

(8) 療養の経過について

平成 年 月 日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

(9) 主治医意見

① [redacted] (平成21年5月25日付 [redacted] 医師作成)

イ. 初診日について

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

ロ. 初診時の症状について

[redacted]

ハ. 行われた諸検査等について

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

ニ. 皮膚癌について (確定診断日、原発性であるか否か)

[redacted]

ホ. 既往症・基礎疾患の有無について

[redacted]

② [redacted] (平成21年5月29日付 [redacted] 医師作成)

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

③ [redacted] (平成21年5月27日付 [redacted] 医師作成)

イ. 初診日について

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

ロ. 初診時の症状について

[redacted]

ハ. 行われた諸検査等について

[redacted]

ニ. 皮膚癌について

ホ. 既往症・基礎疾患の有無について

(10) 労災協力医 ■■■■■ 医師意見<平成 21 年 7 月 30 日付作成>

① 皮膚がんについて

イ. 癌にかかる所見について

ロ. 原発性であるか否かについて

② 業務との因果関係について

4 調査官意見

被災労働者は、昭和■■■年■■■月～平成■■■年■■■月までの 8 年 3 ヶ月間にわたり■■■■■(現

■■■■■)において■■■■■に従事していた。

[illegible]

[illegible]

① 帳票種別 ② 管轄局番 ③ 業種別 ④ 保留 ⑤ 受付年月日
※ 3 4 5 5 0

⑥ 府県 ⑦ 所管 ⑧ 管轄 ⑨ 基幹番号 ⑩ 枝番号 ⑪ 処理区分 ⑫ 支給・不支給決定年月日
※ ⑫ 性別 ⑬ 労働者の生年月日 ⑭ 負傷又は発病年月日 ⑮ 再発年月日
⑯ シメイ(カタカナ)；姓と名の間は1文字あけて記入してください。 ⑰ 三者 ⑱ 特疾 ⑲ 特別加入者
⑳ 氏名 ㉑ フリガナ ㉒ 住所 ㉓ 郵便番号 ㉔ 職種 ㉕ 負傷又は発病の時 ㉖ 災害発生の実態を認めた者の職名、氏名
㉗ 災害の原因及び発生状況 ㉘ どのような場所で ㉙ どのような作業をしているときに ㉚ どのような物又は環境に ㉛ どのような不安な入は有害な状態があって ㉜ どのような災害が発生したかを詳細に記入すること
㉝ 指定病院等の ㉞ 傷病の部位及び状態 ㉟ ①の者については、㉞、㉟及び㊱に記載したとおりであることを証明します
㊲ 事業の名称 ㊳ 事業場の所在地 ㊴ 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)
㊵ 労働者の所属事業場の名称・所在地 (注意) 労働者の所属事業場の名称・所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いをしている支店、工場、工事現場等の場合に記載すること。
㊶ 上記により療養補償給付たる療養の給付を請求します。 ㊷ 労働基準監督署長 殿
㊸ 請求人の ㊹ 住所 ㊺ 氏名
㊻ 診療所 ㊼ 経由 ㊽ 訪問看護事業者

支不支給決定決定議書
署長 次長 課長 係長 係 決定年月日
調査年月日
復命書番号 第 号 第 号 第 号
不支給の理由

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

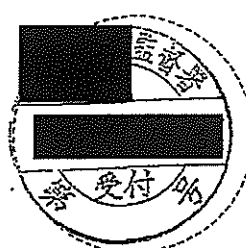
* 現認者がいない場合
最初に報告を受けた方

* 建設業の場合は事業の名称、所在地、予定期間、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記入してください。
折り曲げる場合には(4)の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。

標準字体で記入してください。

の場合に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。



取扱種別 34703		修正項目番号 [] []		① 資格別 1 初診 3 初診 5 再診 7 再診		② 転送事由 1 初診 3 初診 5 再診 7 再診		③ 支払額 [] [] [] [] [] [] [] []	
④ 府県 所管 管轄 番号 長番号 [] [] [] [] [] []		⑤ 増減コード及び増減額 [] [] [] [] [] [] [] []		⑥ 増減理由 [] [] [] [] [] [] [] []		⑦ 決定年月日 [] [] [] [] [] [] [] []		⑧ 処理区分 [] []	
⑨ 生年月日 [] [] [] [] [] [] [] []		⑩ 傷病年月日 [] [] [] [] [] [] [] []		⑪ 診療科目 [] [] [] [] [] [] [] []		⑫ 診療日数 [] [] [] [] [] [] [] []		⑬ 合計額 [] [] [] [] [] [] [] []	
⑭ 労働者の氏名 [] [] [] [] [] [] [] []		⑮ 事業の名称 [] [] [] [] [] [] [] []		⑯ 事業場の所在地 福岡 都府 道県 [] [] [] [] [] [] [] []		⑰ 傷病の部位及び傷病名 [] [] [] [] [] [] [] []		⑱ 傷病の経過 [] [] [] [] [] [] [] []	
⑲ 診療内容 ① 初診 時間外・休日・深夜 ② 再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜 ③ 指導 ④ 在宅 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 ⑤ 投薬 ① 内服薬 剤 ② 外用薬 剤 ③ 処方 ④ 麻酔 ⑤ 調剤 ⑥ 注射 ① 皮下筋肉内 ② 静脈内 ③ その他 ⑦ 処置 ① 薬剤 ⑧ 検査 ① 薬剤 ⑨ 診断 ① 薬剤 ⑩ その他 ① 薬剤		⑲ 点数(点) [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 診療内容 ① 初診 ② 再診 ③ 指導 ④ その他 小計		⑲ 金額 [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 摘要 [] [] [] [] [] [] [] []	
⑲ 小計 [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 点 [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 円 [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 小計 [] [] [] [] [] [] [] []		⑲ 円 [] [] [] [] [] [] [] []	



保險期：自1966年3月31日

晴陰天 陳江 歲/年 3月0/日

適用台帳検索画面

照会年月日 平成21年 4月20日

労働保険番号

メリット

郵便番号

名称

住所

株式会社

カブシキガイシャ

常時使用労働者数

雇用保険被保険者数

高年齢労働者数

印紙

保険関係等区分

業種

特定業種区分

特別加入区分

事務組合整理番号

変更前労働保険番号

変更後労働保険番号

加入済労働保険番号

片保険理由

産業分類

特掲

府県区分

TEL

成立年月日

事業廃止・終了年月日

終了予定年月日

委託年月日

廃止等理由・廃止区分

労災料率

雇用料率

変更日

変更日

台帳作成帳票

適用台帳検索画面

適用済労働保険番号

元請労働保険番号

事業所番号

メモ

継続一括認可年月日

継続一括変更年月日

算調履歴

直近算調

前算調

前々算調

年度

回数

最終算調日

[illegible]

申 立 書

申 述 人	ふり 氏 名		厚生年金等の受給関係	
	生年月日		年 金 の 種 類	
	現 住 所		年 金 証 書 番 号	
			年 金 額	

※ 年金証書の（写）を添付してください。

1 すべての職歴

在職期間	事業場名	職 種

※ 欄が足りなければ、別の用紙に記入してください。

2 最終の に従事した事業場

事 業 場 名	労 働 者 数	
所 在 地	離 職 時 年 齢	歳
職 種	在籍期間	年 月 日から 年 月 日

所属、職種、従事期間、作業場所（炉前・炉上等）、作業内容を以下に記入してください。

--

3 最終の を離職後、現在までの生活状況（就労状況、休業状況等）

--



4 疾病以外の主な病気の受診状況

療養期間	病 名	受診機関名
[Redacted]		

5 療養の経過

身体の不調を感じ始めたのは、平成 年 月 日ごろからです。

その不調の状態は [Redacted]

受診した診療機関は [Redacted]

そのとき医師から言われた事柄は [Redacted]

治療を始めたのは、平成 年 月 日からです。

治療は①通院（ 毎日 - 週 日 - 月 日 ）

②入院（ 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで）

治療のために休業するようになったのは、平成 年 月 日からです。

6 喫煙歴の有無 （ ☒ 有 ・ ☐ 無 ）

「有」の場合、喫煙期間 年 月 ～ 年 月 頃まで約 年間

喫煙量 1日 約 本

7 賃金関係（該当する項目に○を付してください）

離職時に支給されていた賃金額は、

明細書不明でわかりません。

明細書がありますから提出します。

賞与は年 回支給されていましたが額はわかりません。

賞与はありませんでした。

8 その他申立事項の内参考となる事項

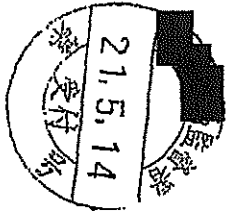
上記のとおり相違ありませんので署名押印いたします。

平成 2 / 年 5 月 5 日

申述人

[Redacted Signature]



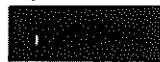


基礎年金番号通知書

基礎年金番号



氏 名



生 年 月 日

昭和 年 月 日

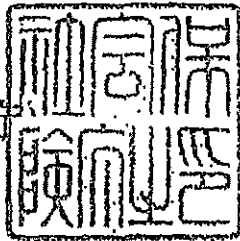
性 別



交付年月日

平成 年 月 日

社 会 保 険 庁

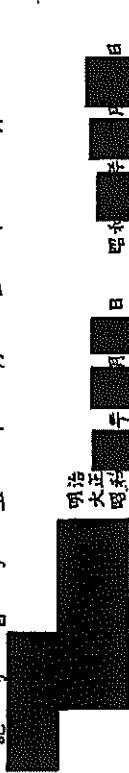


交付者の氏名

（年取 斗 月 日）

厚生年金保険被保険者証

被保険者台帳の 被 保 者 の 日 初めて資格を取得した日



明治 大正 昭和

被保険者の氏名

都道府県名

福

岡

政務所

申請を行ってください。

社会保険庁でわかっているあなたの年金記録は表のとおりです。「もれ」や「間違い」がないか、十分にお確かめください。ある場合も、ない場合も、必ずご回答をお願いします。

なお、表の記載では、厚生年金の標準報酬月額、国民年金の納付・未納の詳細などはお示しできていませんので、少しでもご心配のある方は、社会保険事務所等にお問い合わせください。

・生年月日 昭和 年 月 日

・作成年月日 平成 年 月 日

①基礎年金番号

(あなたの加入記録)

②番号	③加入制度	④お勤め先の名称または共済組合名等	⑤資格を取得した年月日	⑥資格を失った年月日	⑦加入月数
1					
2					

⑧国民年金

⑨厚生年金保険

⑩船員保険

⑪年金加入期間合計
(⑧+⑨+⑩)

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	学生納付特例月数等	計	加入月数(基金)	加入期間(基金)	加入月数	加入期間
国民年金の加入月数の合計										

⑫共済組合等加入月数

⑬合計加入期間 (⑪+⑫)

※ 遺族年金を受けておられる方には、ご自身の「ねんきん特別便」とは別に、遺族年金の基となっている亡くなられた方の加入記録を記載した「ねんきん特別便」を送付することとしています。

⑭備考欄 (特例扱いの期間等)





[illegible]

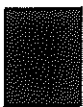
聴 取 書	
住 所	[REDACTED]
職 業	[REDACTED] (株) [REDACTED]
氏 名	[REDACTED] ([REDACTED])
生年月日	昭和 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 ([REDACTED] 歳)
平成21年5月26日 [REDACTED] 労働基準監督署 において本職は 上記の者より次のとおり聴取した。	
1.	[REDACTED]
2.	[REDACTED]
3.	[REDACTED]
	[REDACTED]
4.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
5.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]

前記



	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
6.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
7.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
8.	[REDACTED]

1 1.	
1 2.	
1 3.	



	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
1 1.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
1 2.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
1 3.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
1 4.	[REDACTED]
1 5.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]



	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
16.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
17.	[REDACTED]
18.	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
	[REDACTED]
19.	[REDACTED]
	[REDACTED]

(1)

(2)



20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
上記のとおり録取して閲覧させたところ、誤りがないことを申し立て、署名・押印した。	
前月日	
	労働基準監督署
	厚生労働事務官

平成2/年 5月 11日

労働基準監督署長 殿

報告者 会社名
代表者氏名

代表者氏名

職務内容等について

元労働者であった に関する下記事項について報告します。

記

1 労働者氏名

2 職務歴 入職日 昭和・平成 年 月 日
退職日 昭和・平成 年 月 日

3 職務内容について

4 の有無について (有・無) (どちらかに○を付して下さい。)

(1)「有」の場合

イ の従事期間 昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日

ロ の詳細

① 作業内容の詳細



② 1日の平均労働時間数

[REDACTED]

③ 1か月の平均労働時間数

[REDACTED]

ハ じん肺又はタール健診実施の有無 (☒ 有・無) (どちらかに○を付して下さい。)

(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○を付して下さい。)

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○を付して下さい。)

「有」の場合

(イ) 支給月日

(ロ) 金額

(ハ) 支払方法 ①直接手渡 ②口座振込 ③その他

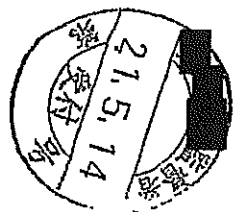


6 その他参考事項(当該労働者の雇用前、退職後の就労状況等)

[REDACTED]

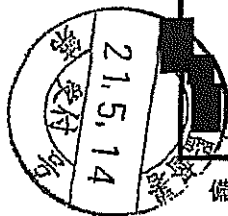


平成20年分



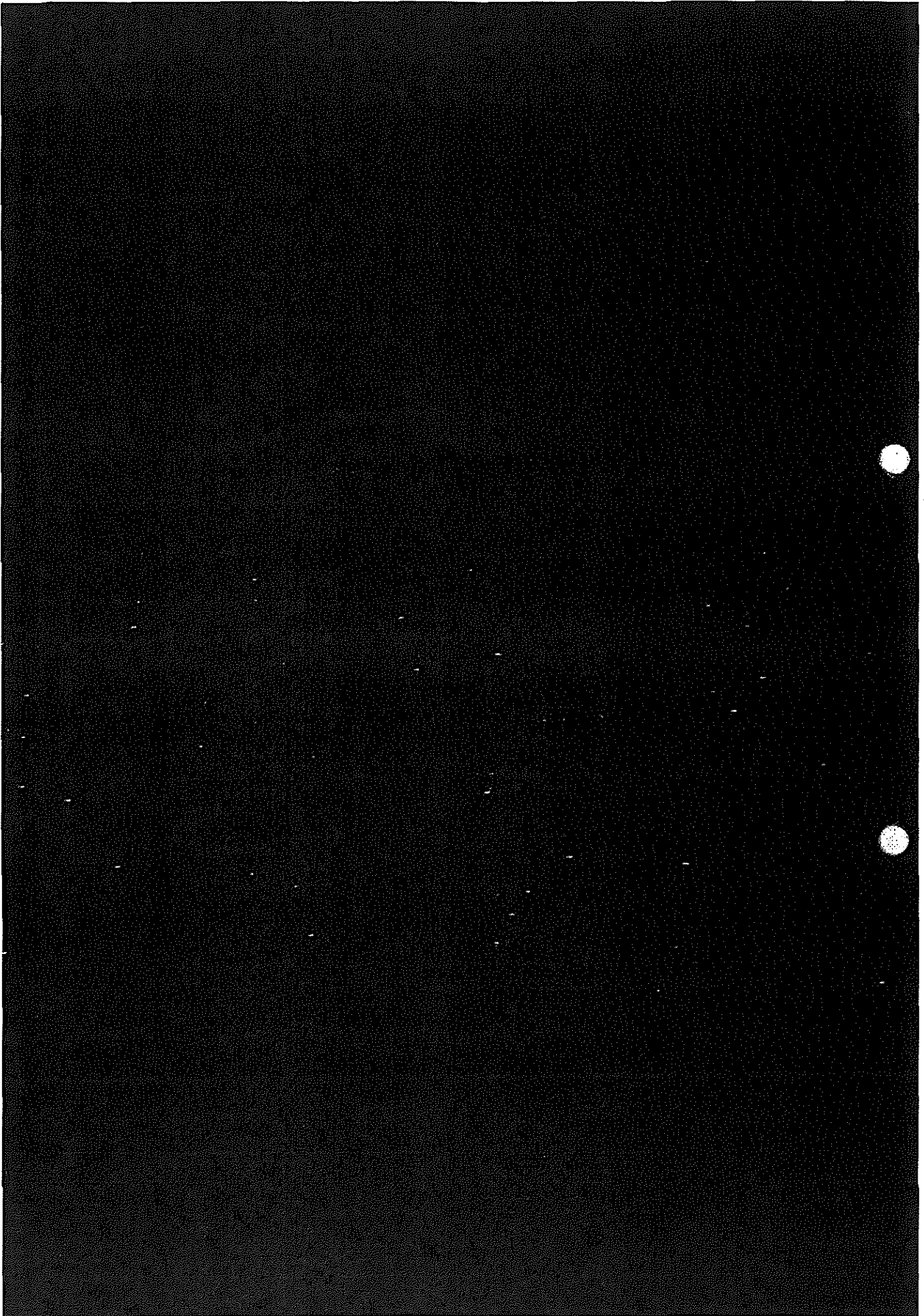
健康管理手帳による健康診断実施報告書 (コールタール)

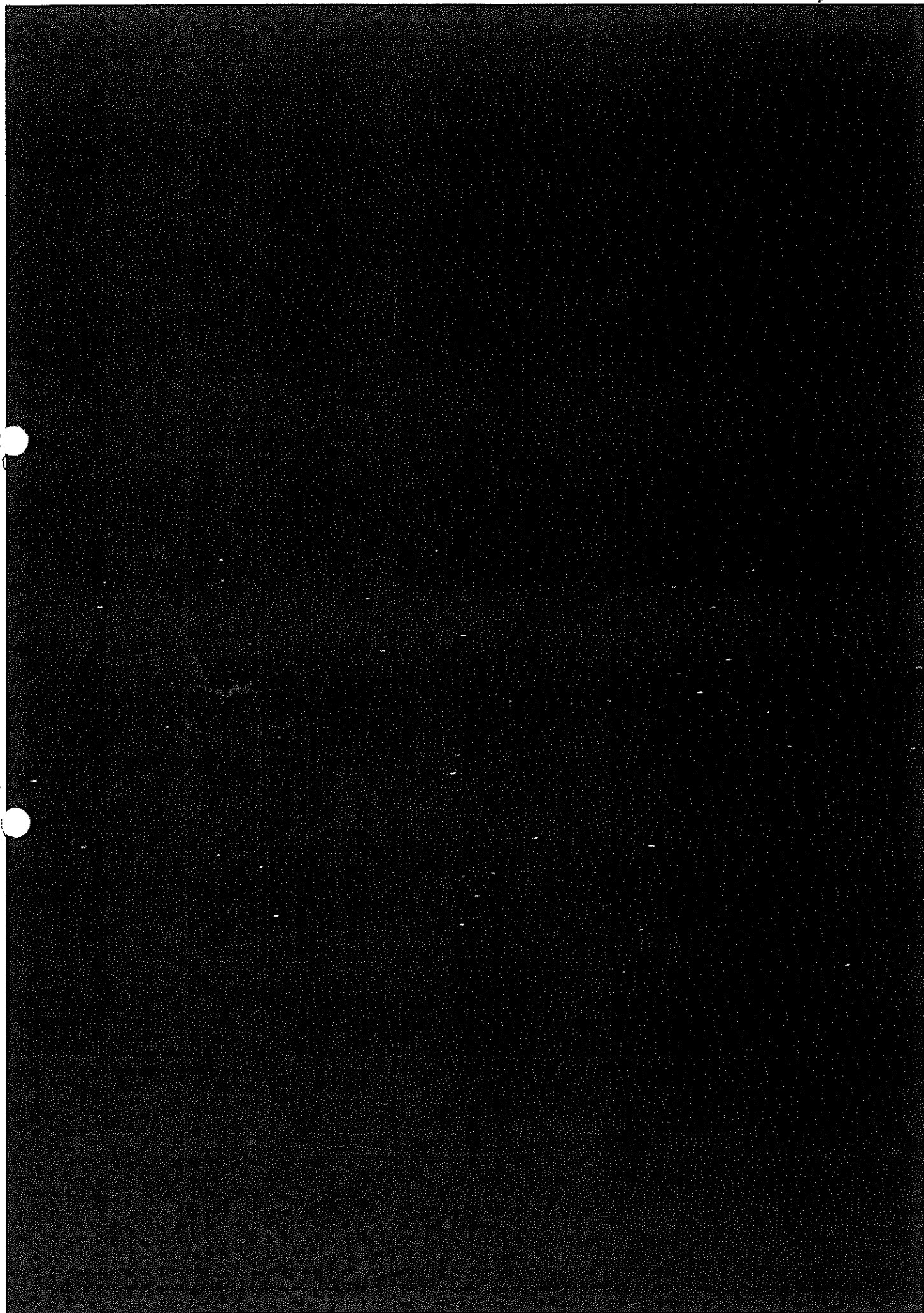
健康管理手帳番号	号	特殊な撮影法によるエックス線写真の所見
氏名及び住所		
生年月日	S. 年 月 日生 (満 才)	
健康診断の結果	異常 再検 追加健診 療養	がん 喀痰の細胞診
既往歴		気管支鏡検査
自覚症状及び他覚症状		皮膚の病理学的検査
皮膚の所見		
胸部のエックス線直接撮影による検査		2011月20 医療機関名 所在地 医師名 福岡労働局長 殿



備考 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。

[Redacted content]

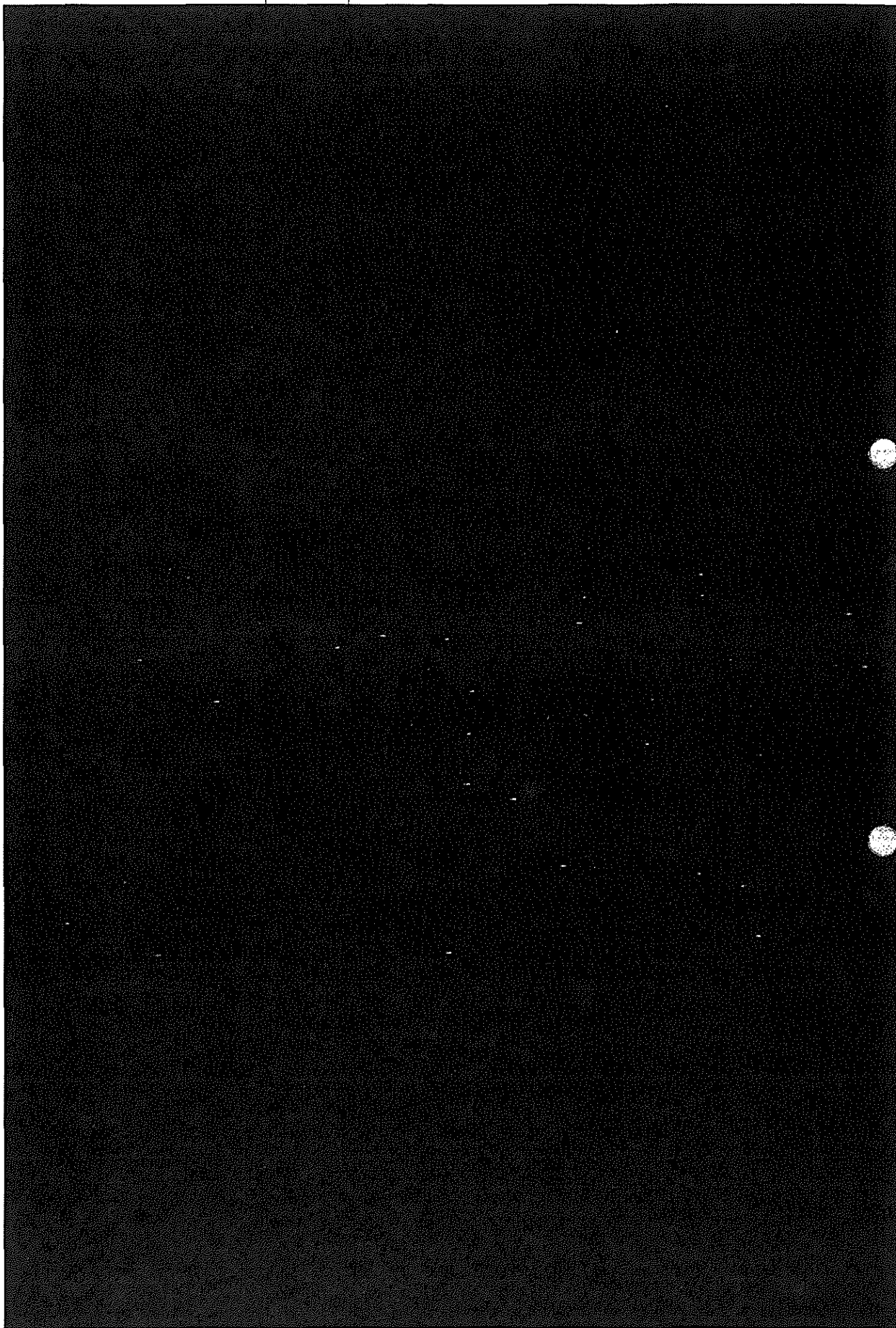


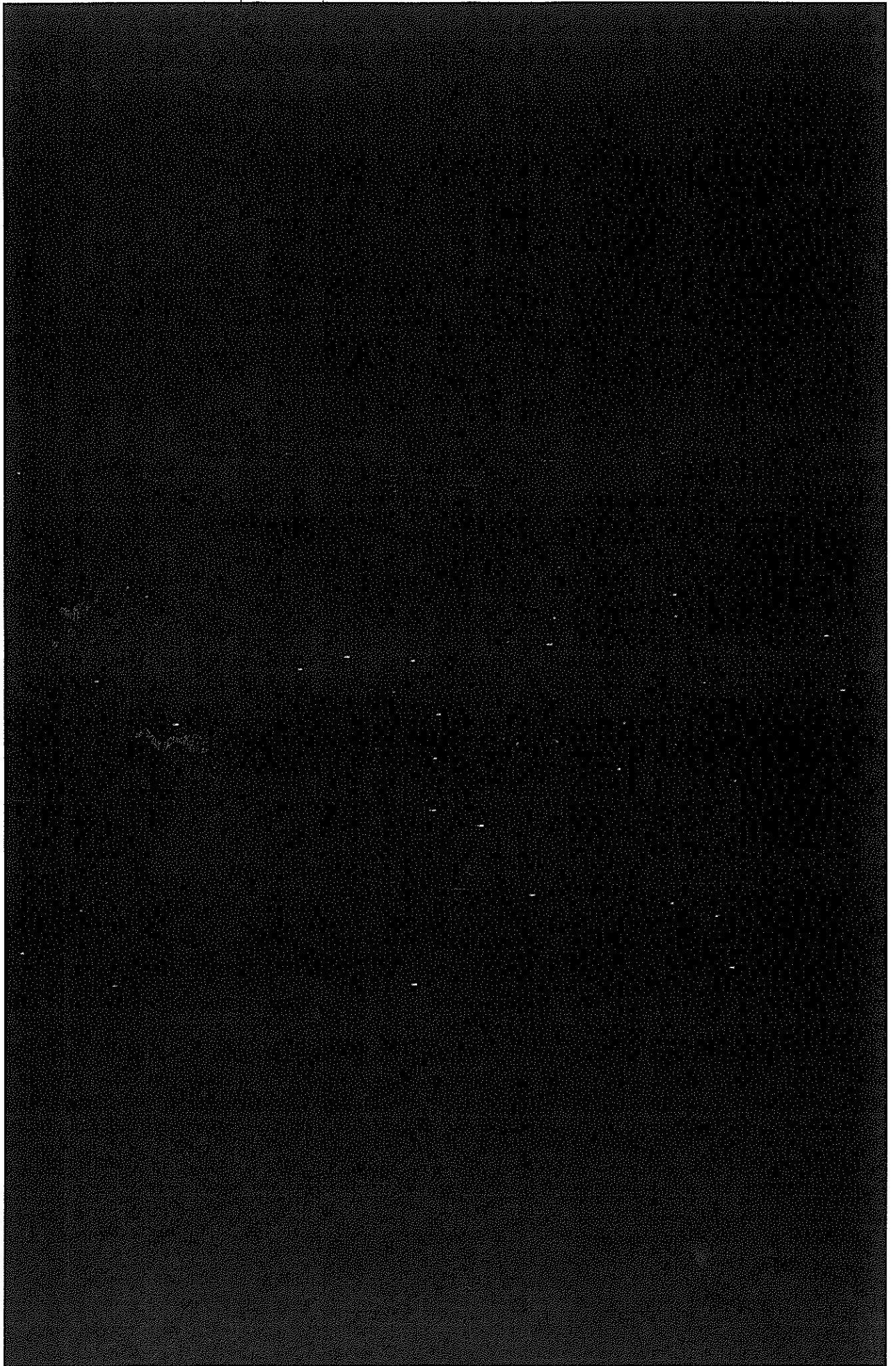


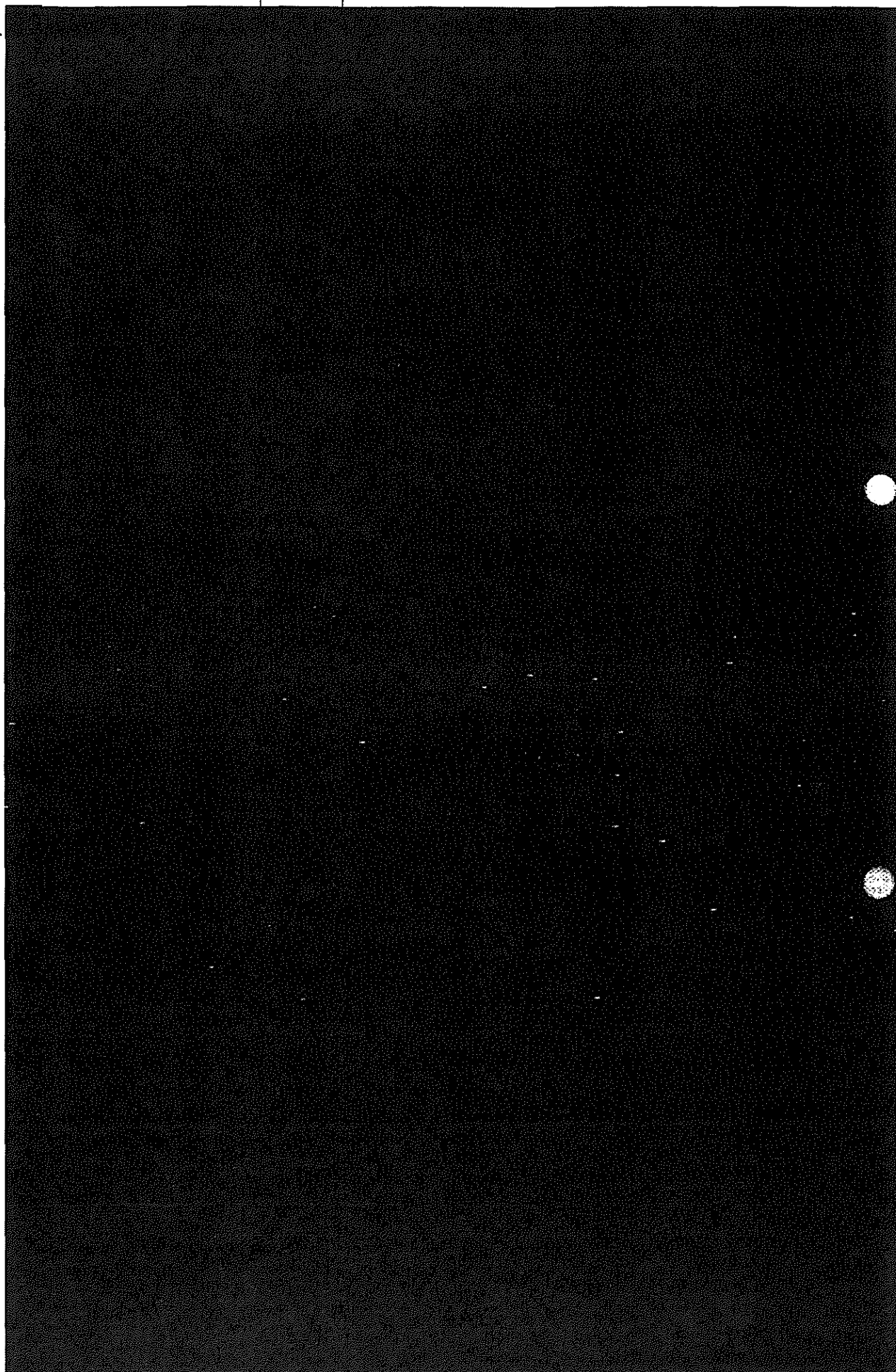
The image shows a document header with the title "健康調査票" (Health Survey Form) and a date "19.6.07". The main body of the document is a large, dark, textured rectangle, which appears to be a redacted form or a very dark scan of a document. Two small, light-colored circular marks are visible on the right edge of this dark area.

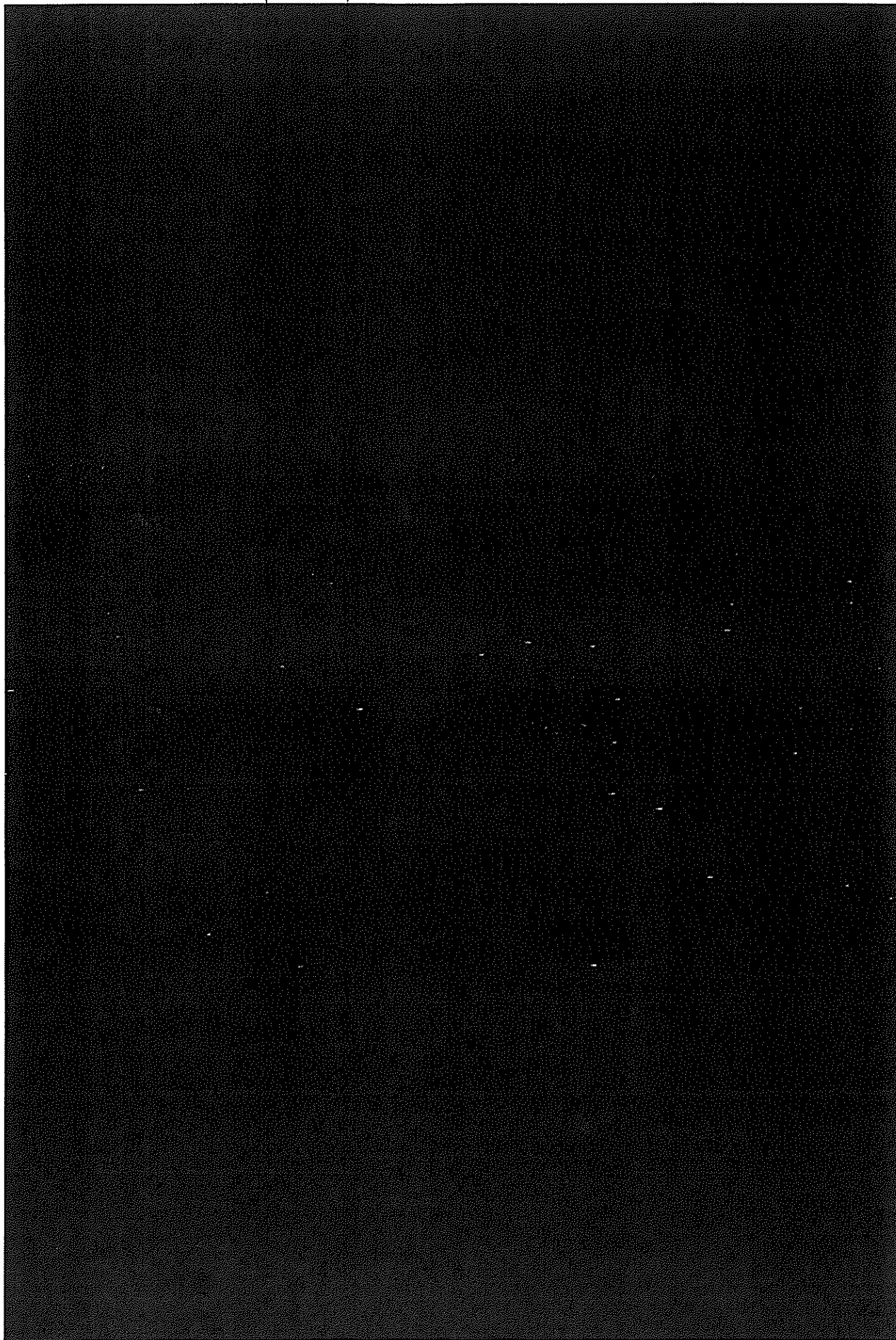
A large black rectangular area covering the majority of the page, likely representing a redacted form or a very dark scan of a document. Two circular punch holes are visible on the left edge.

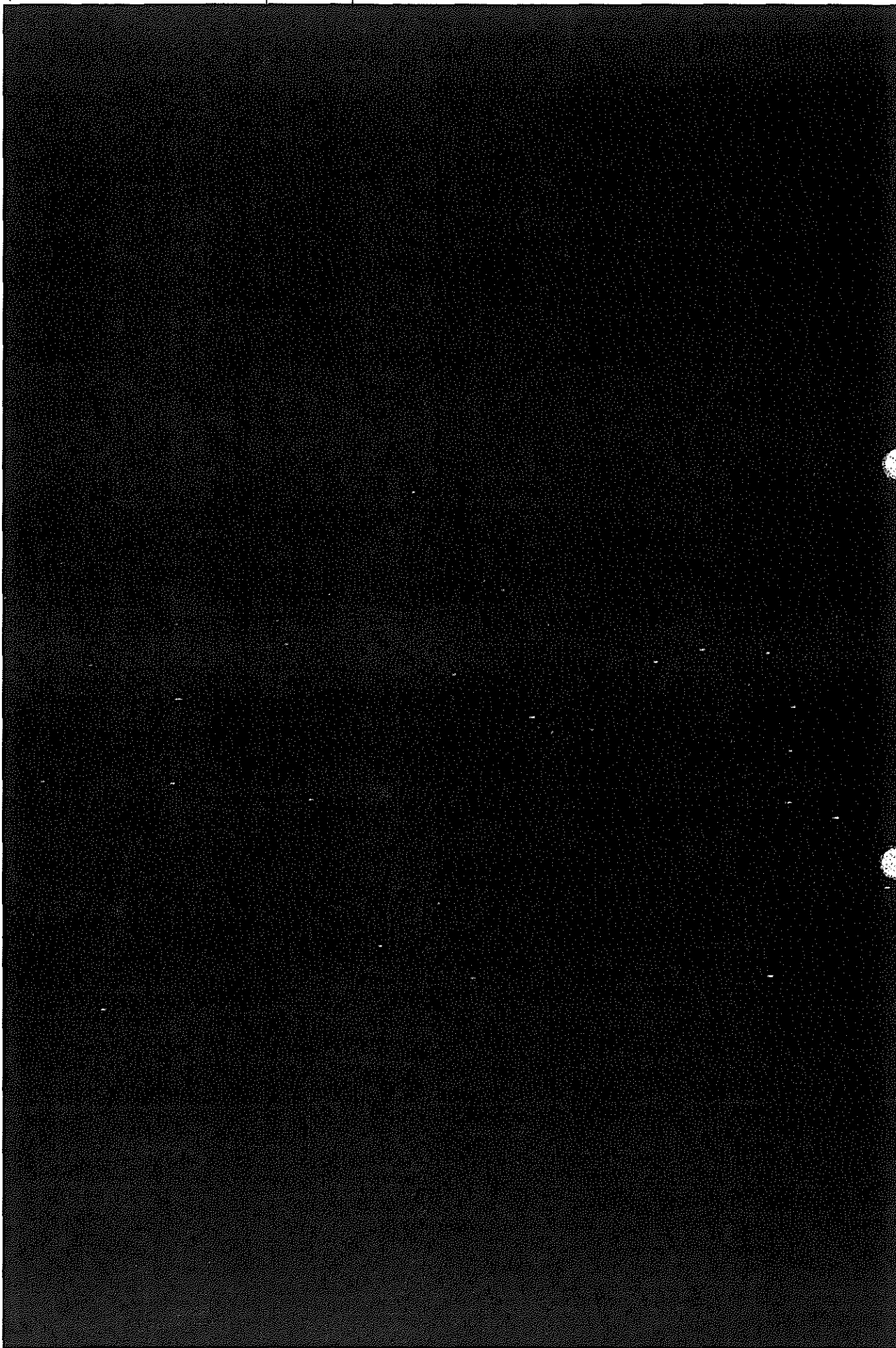
A large black rectangular area covering the majority of the page, likely representing a redacted form or a very dark scan of a document. Two white circular marks are visible on the left edge, possibly from hole punches.



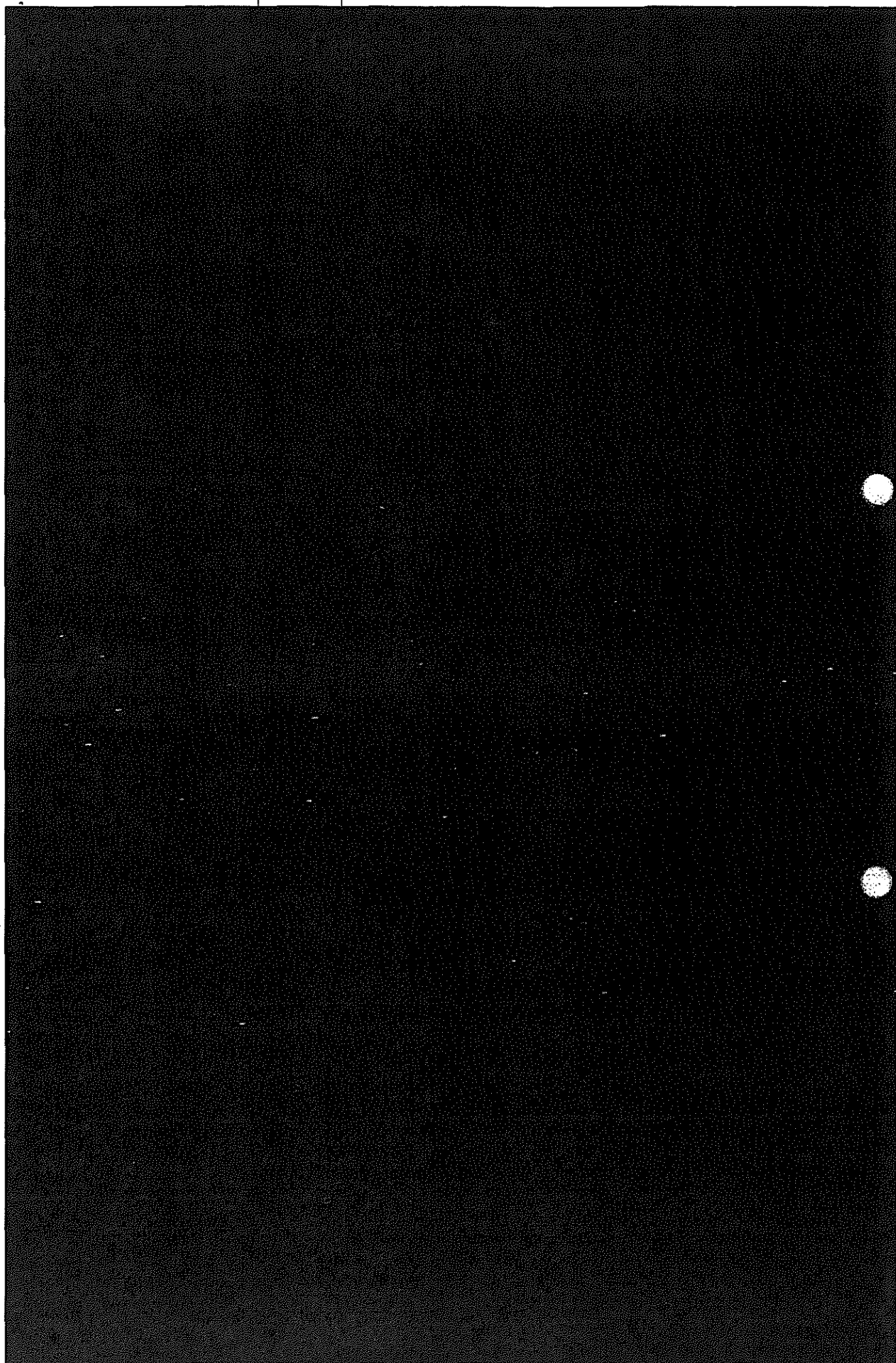




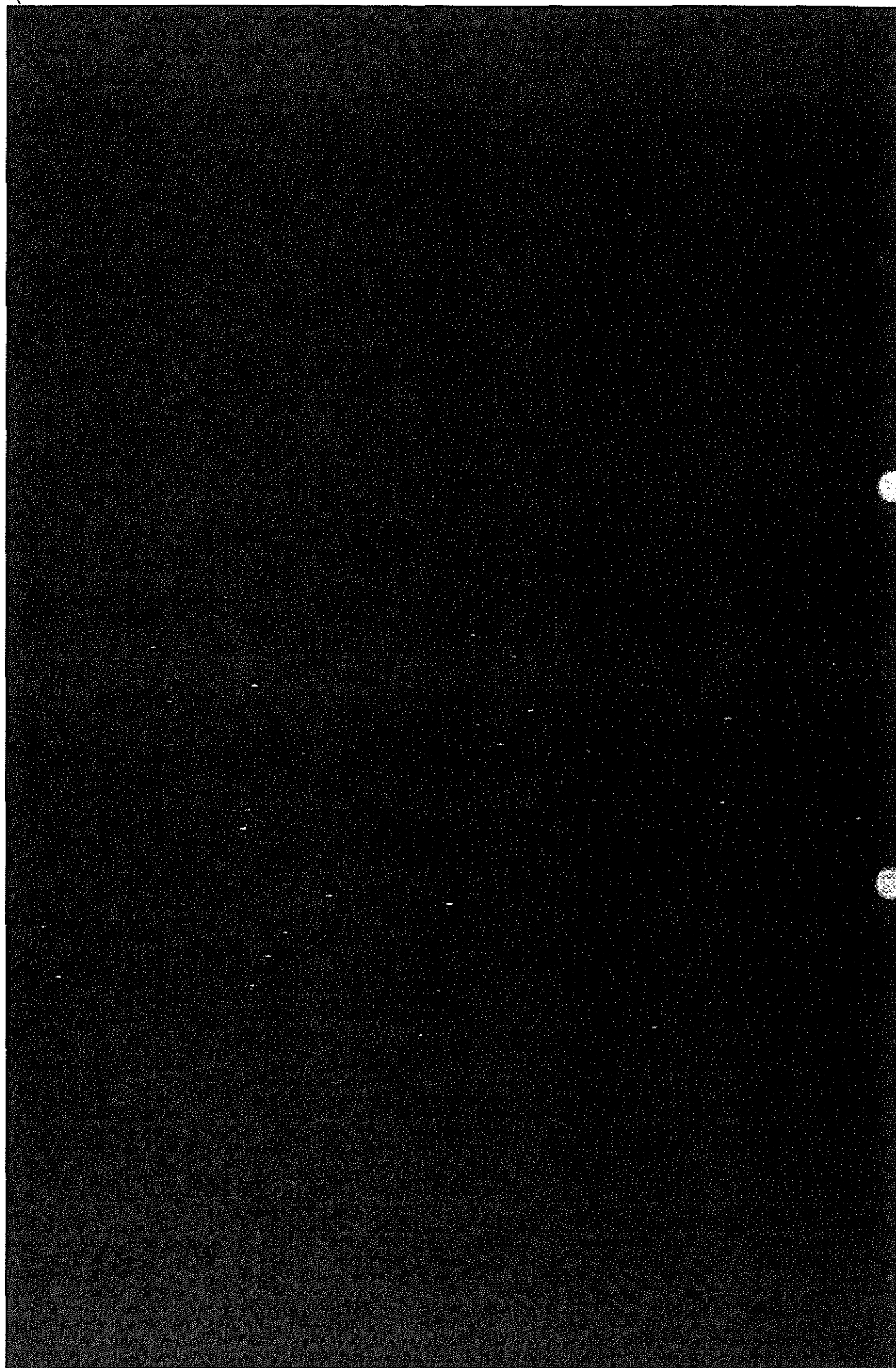










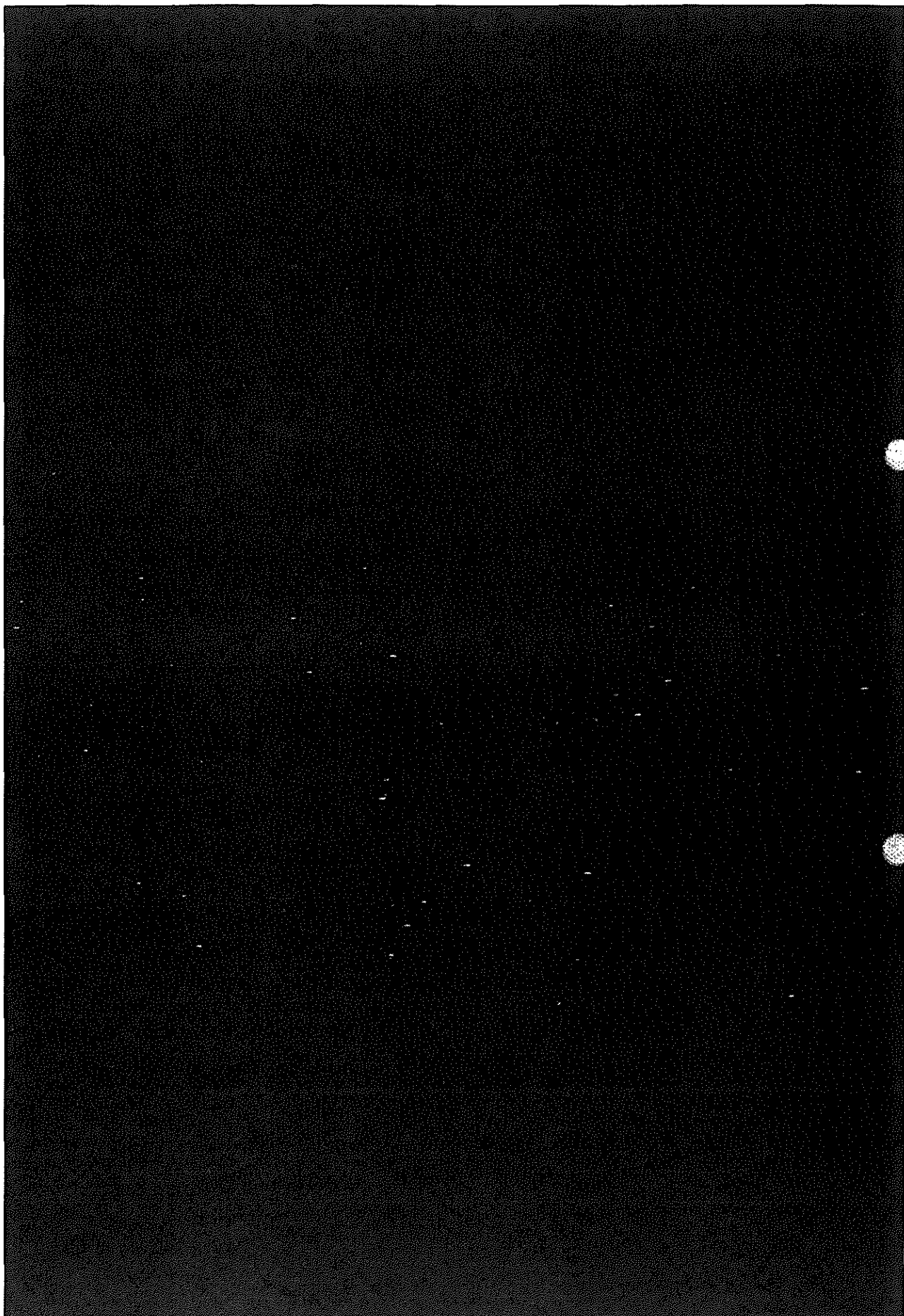




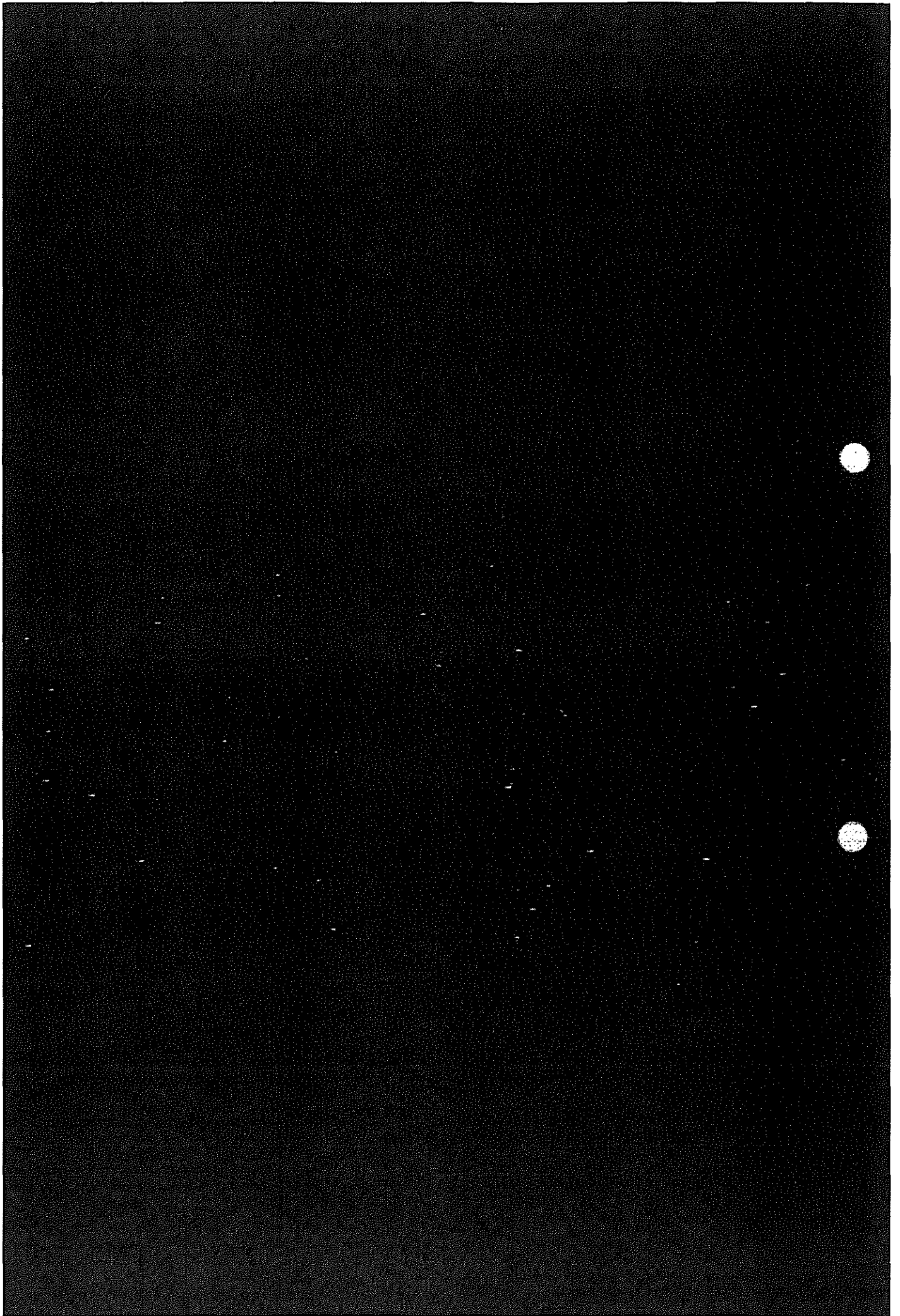
2

1

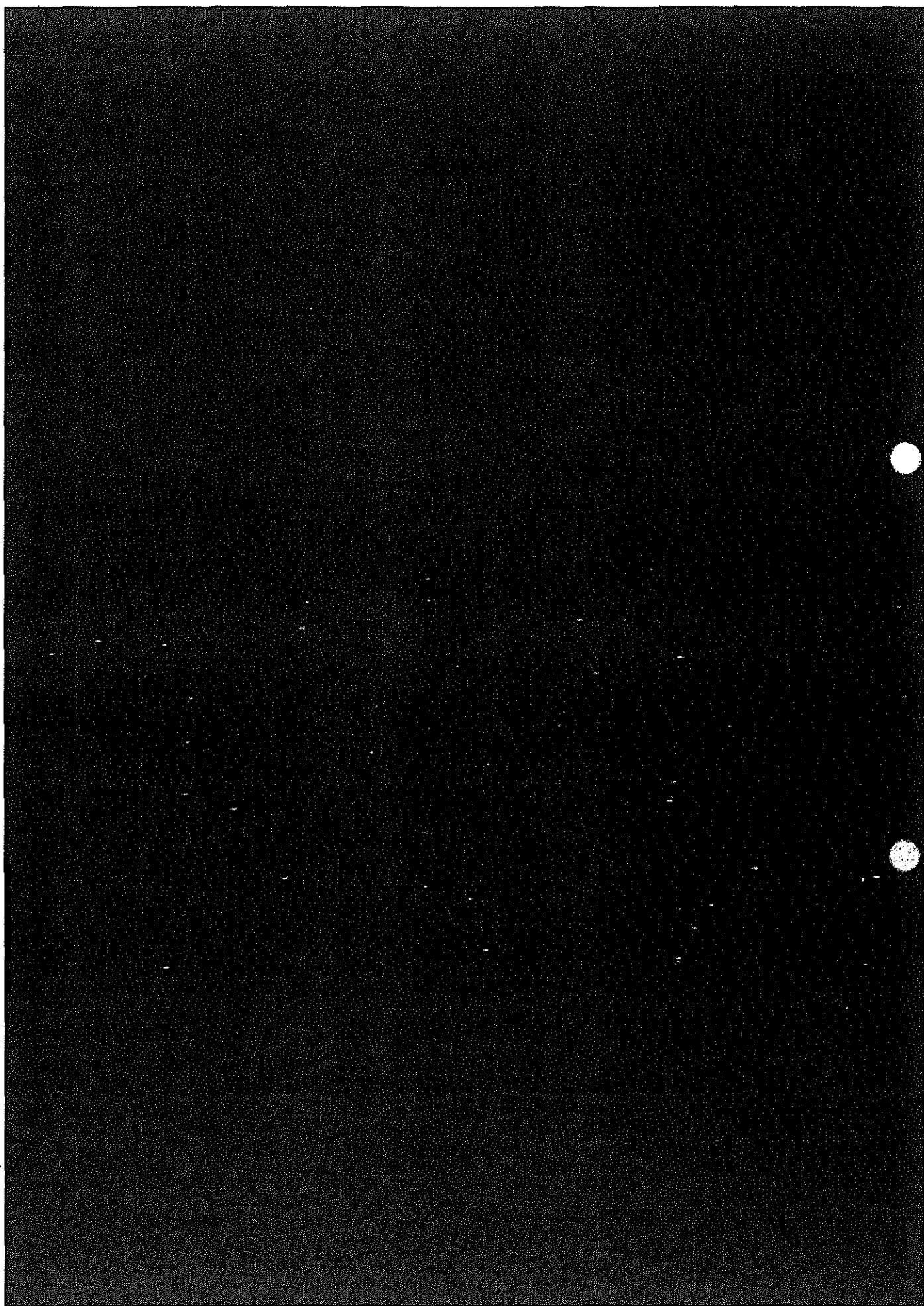






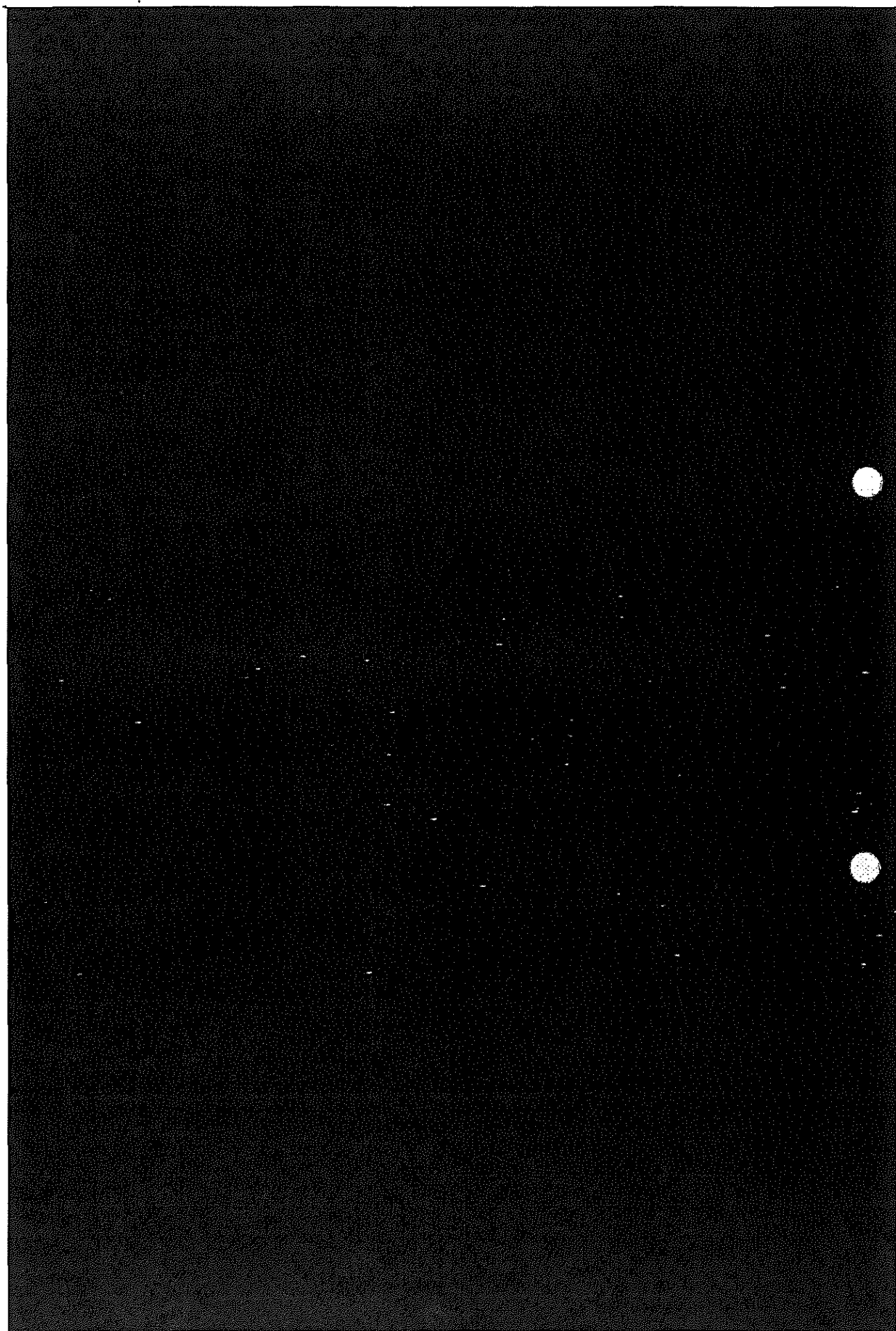






61

100

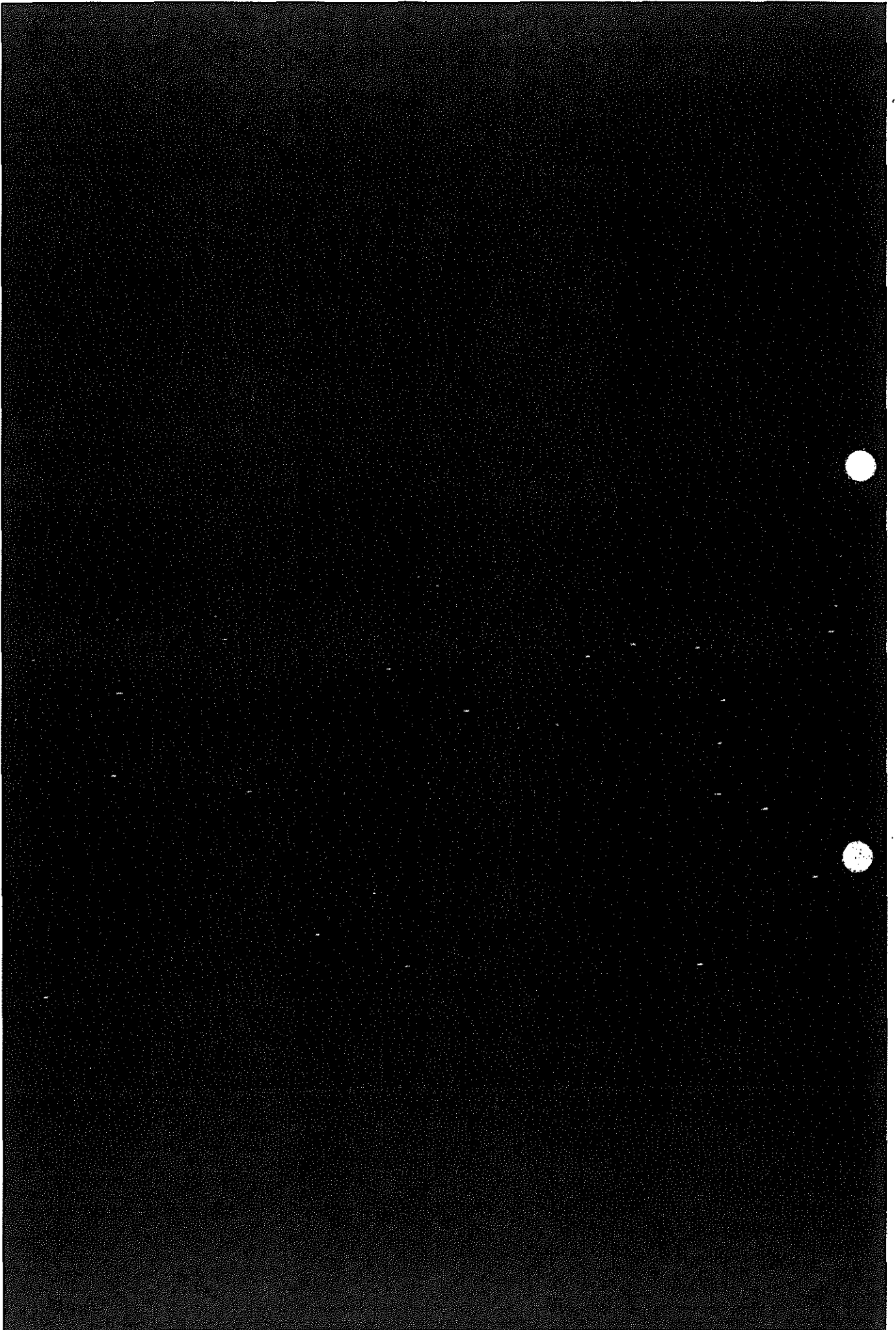


8.









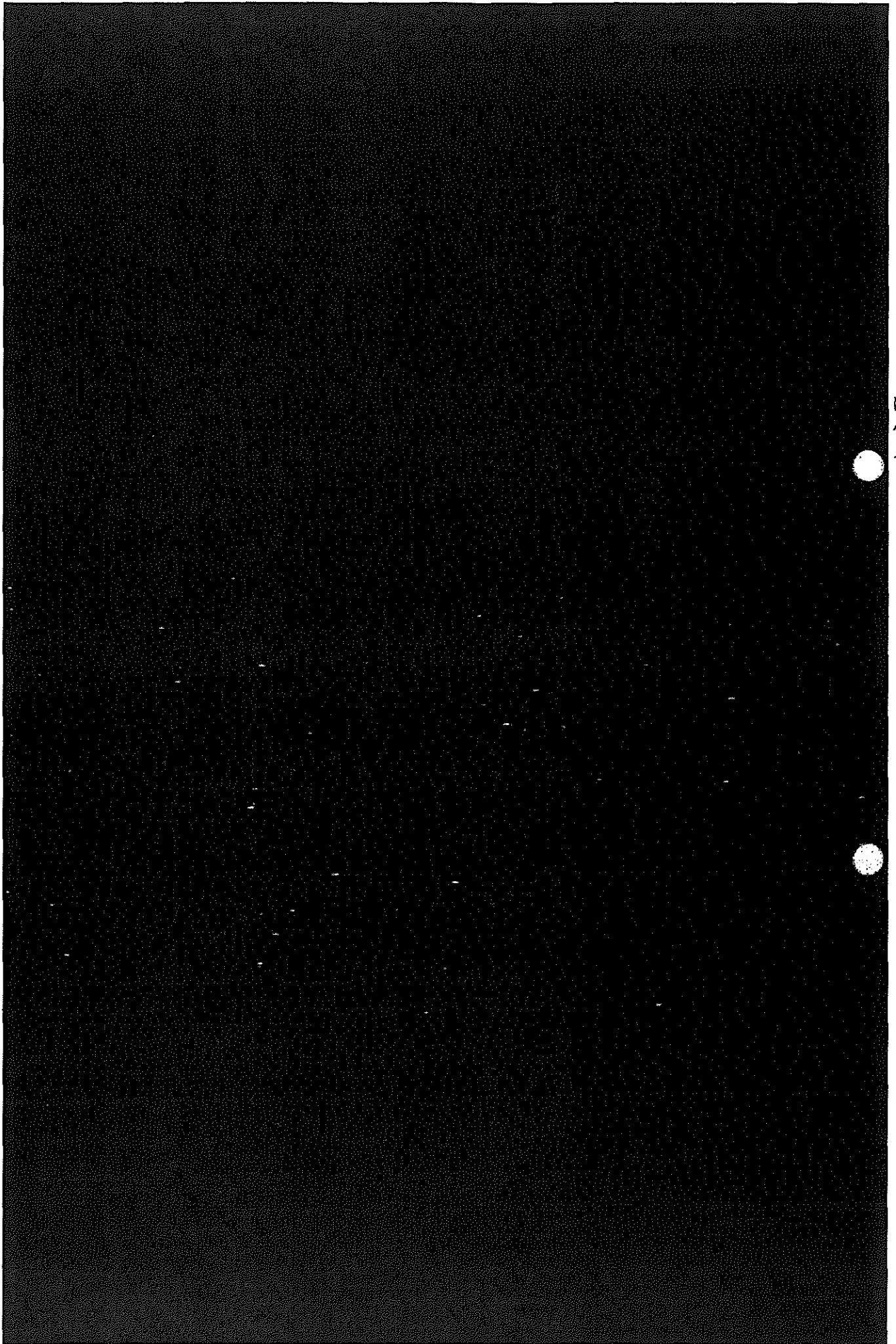
CC

PO

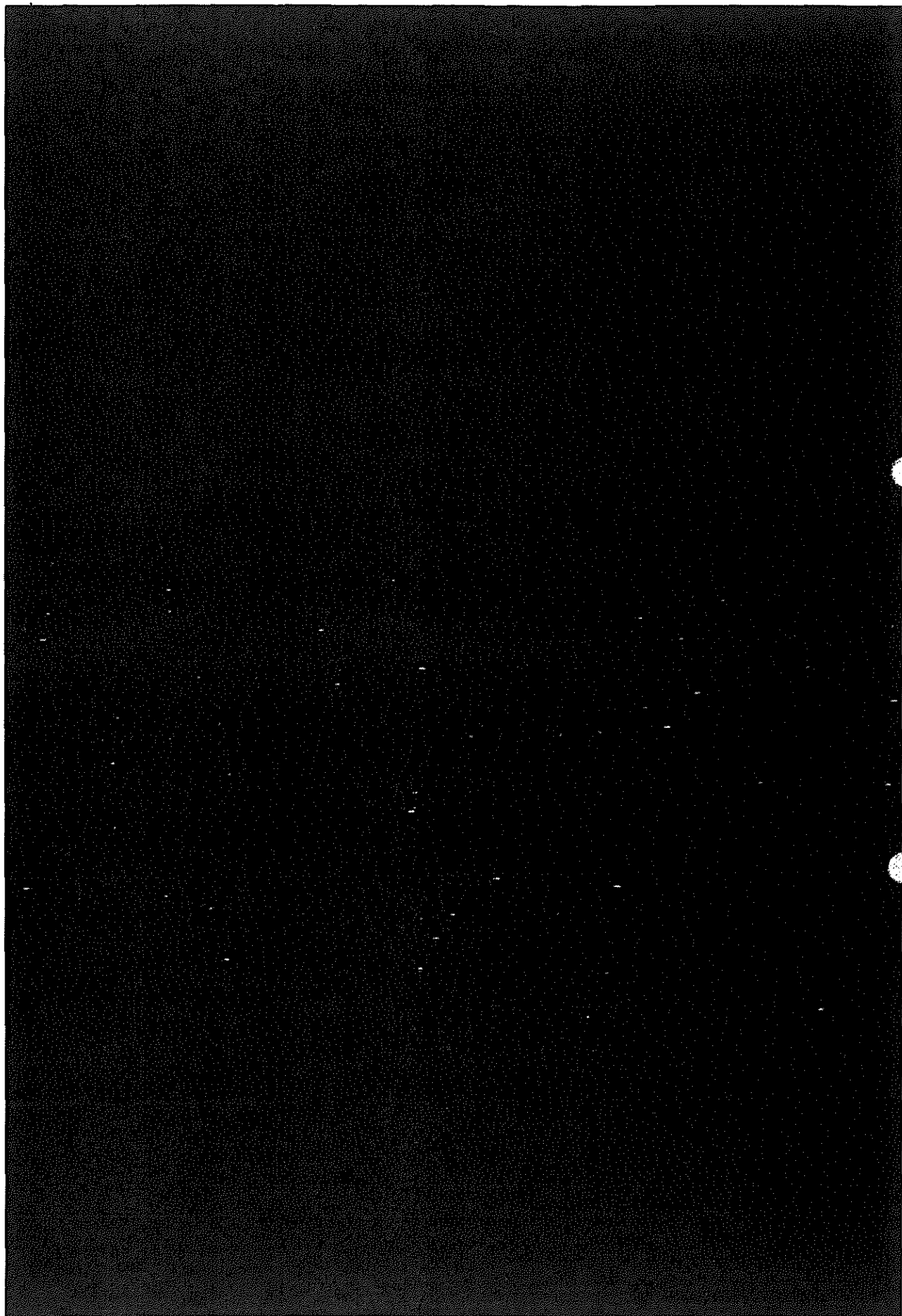
11-11-11



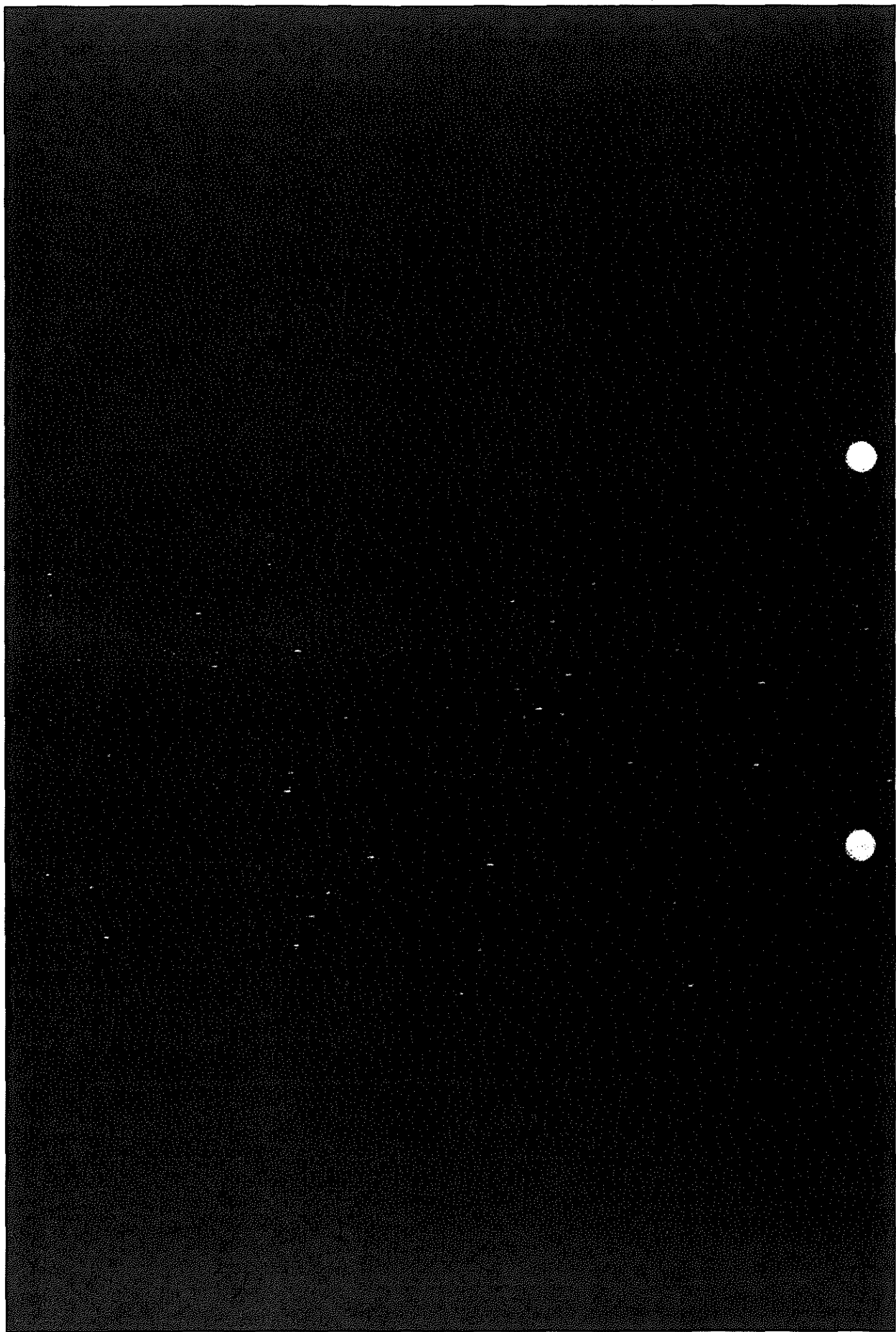


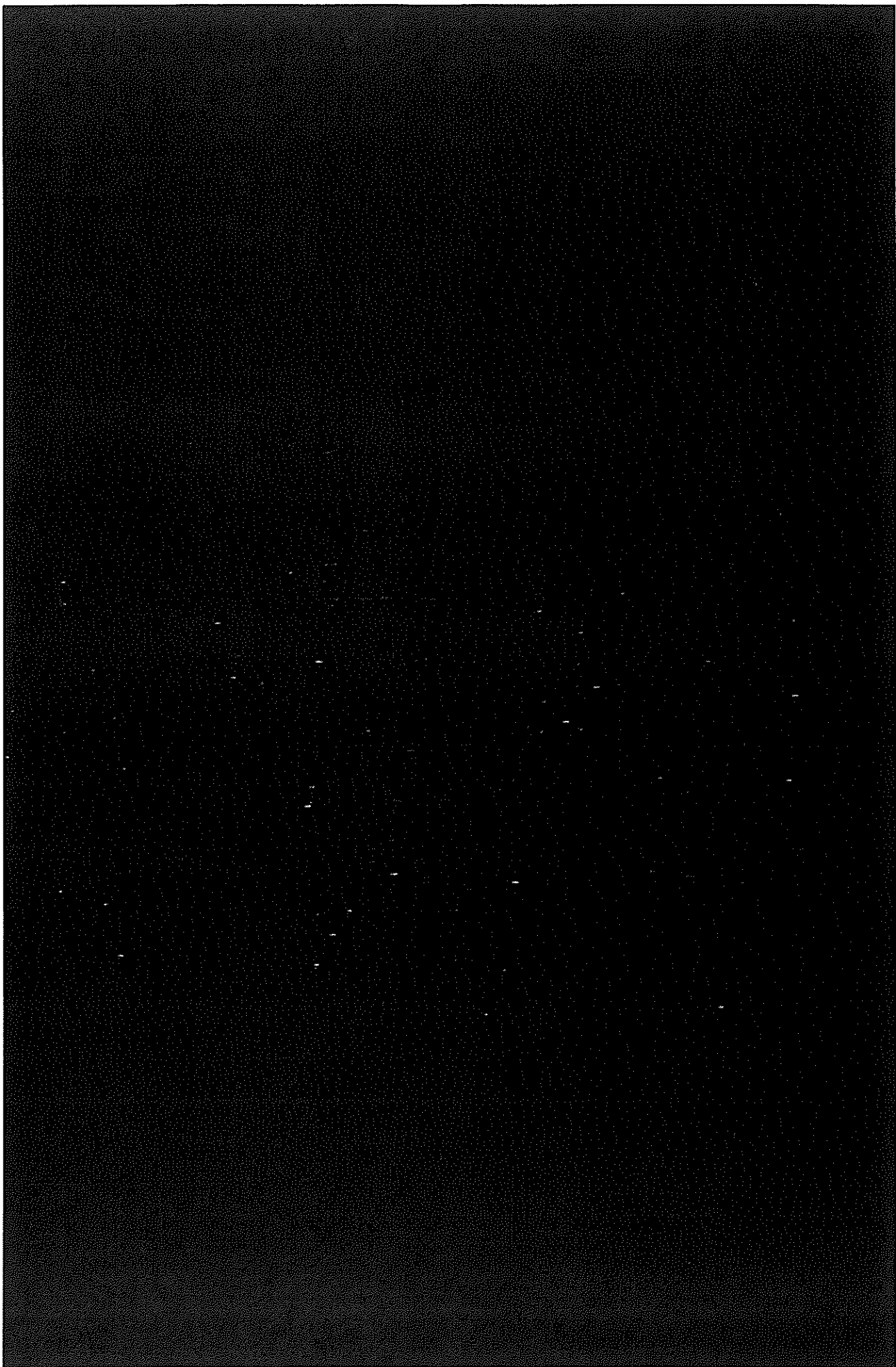


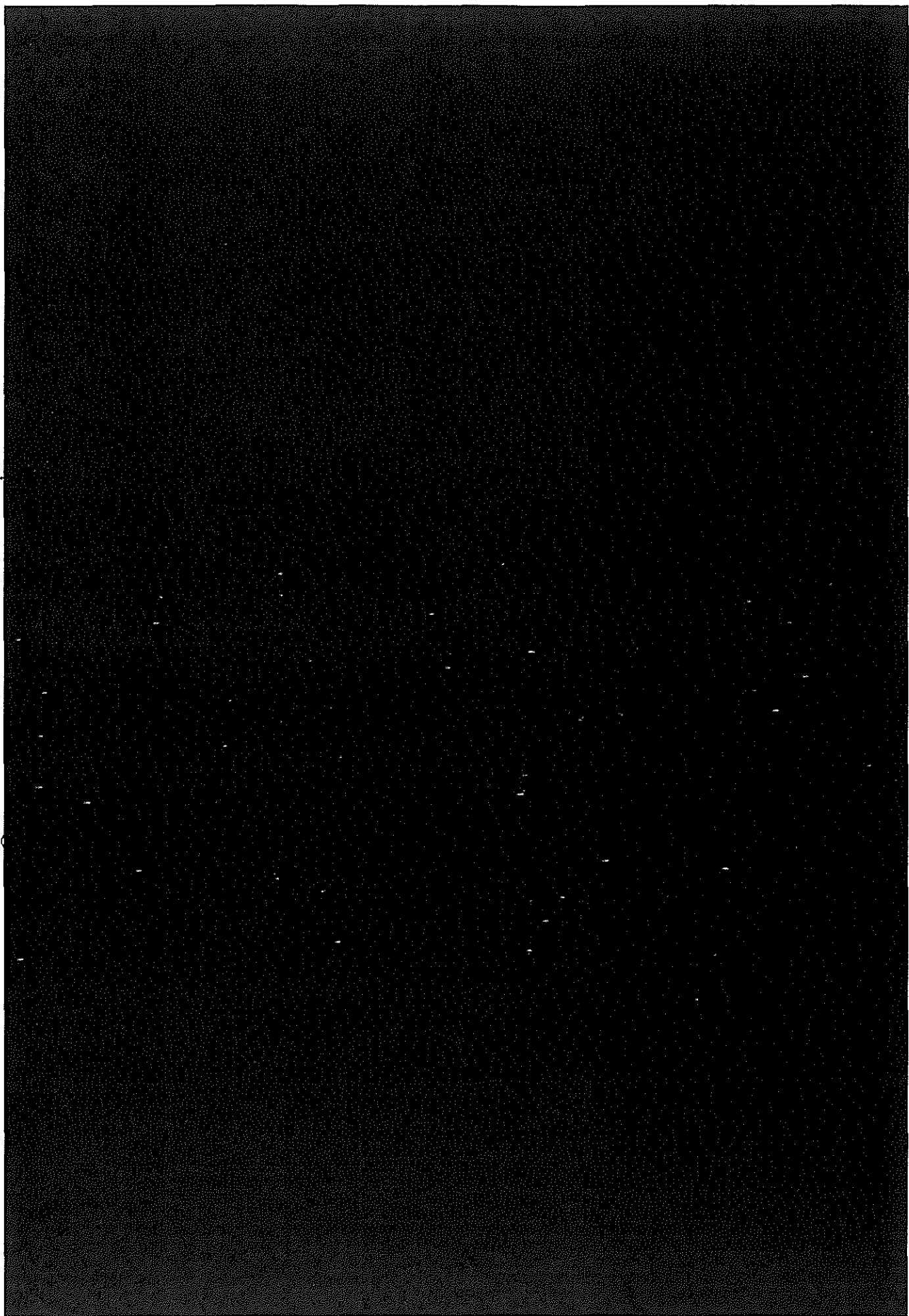


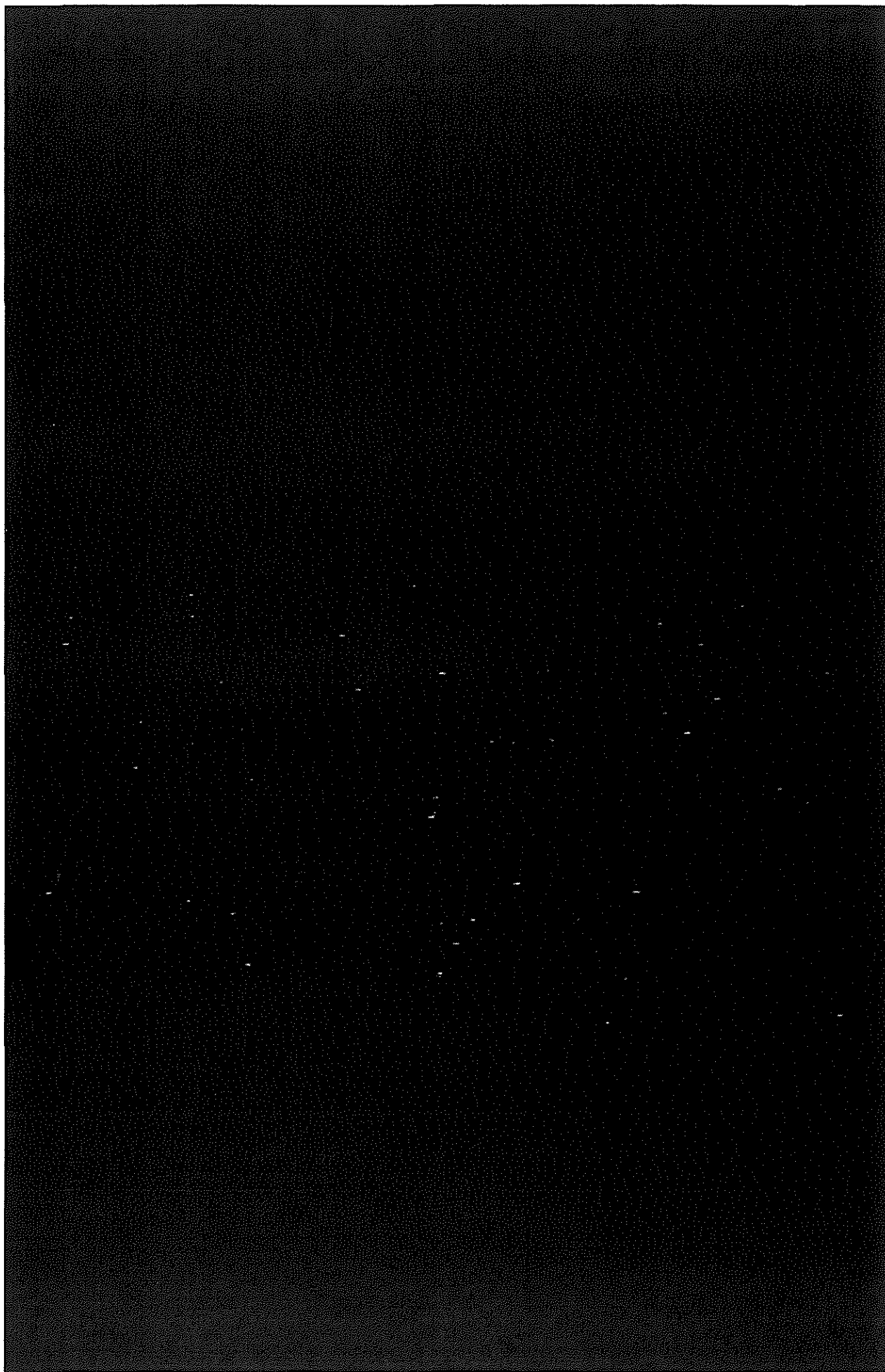


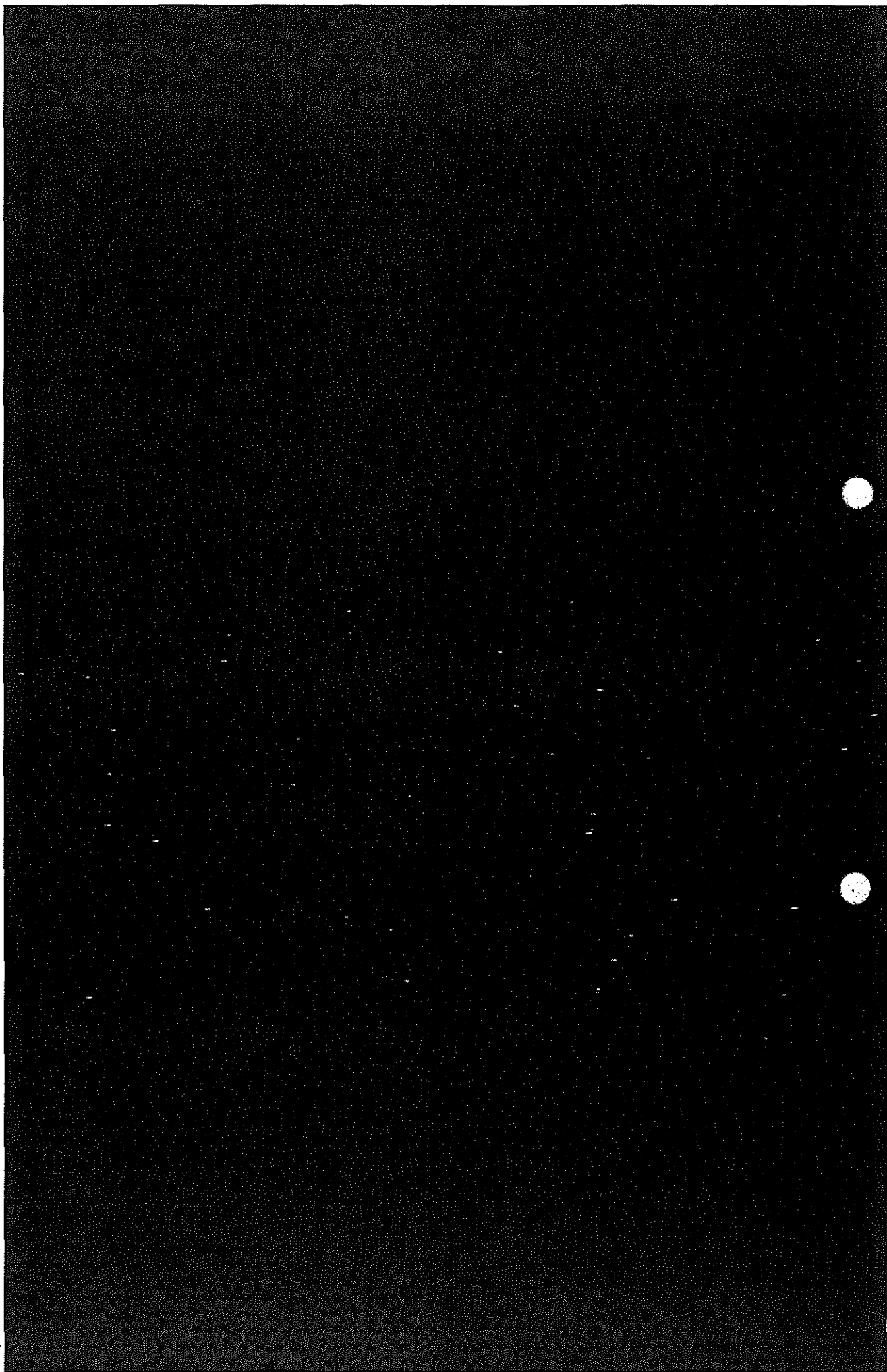


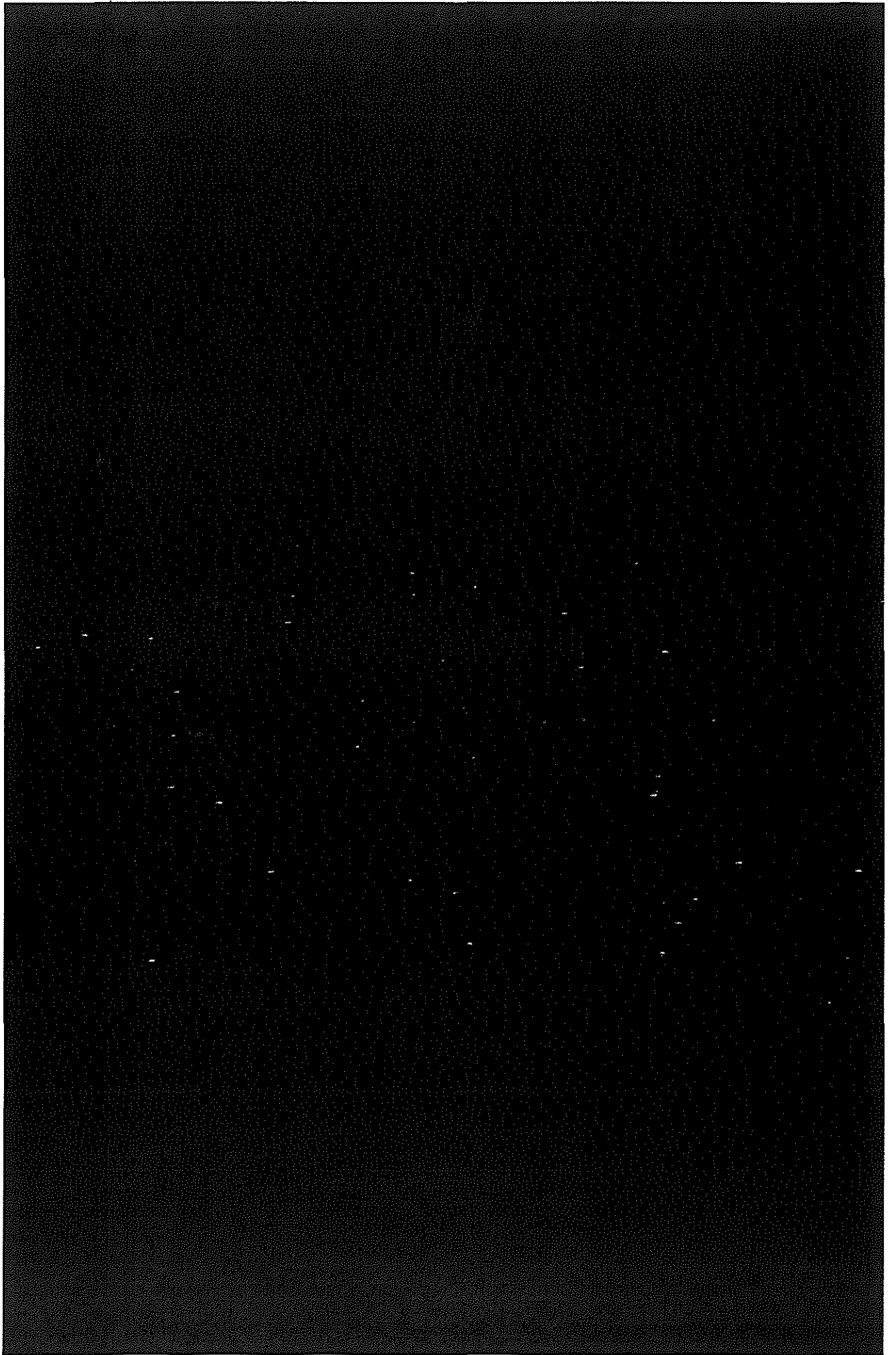




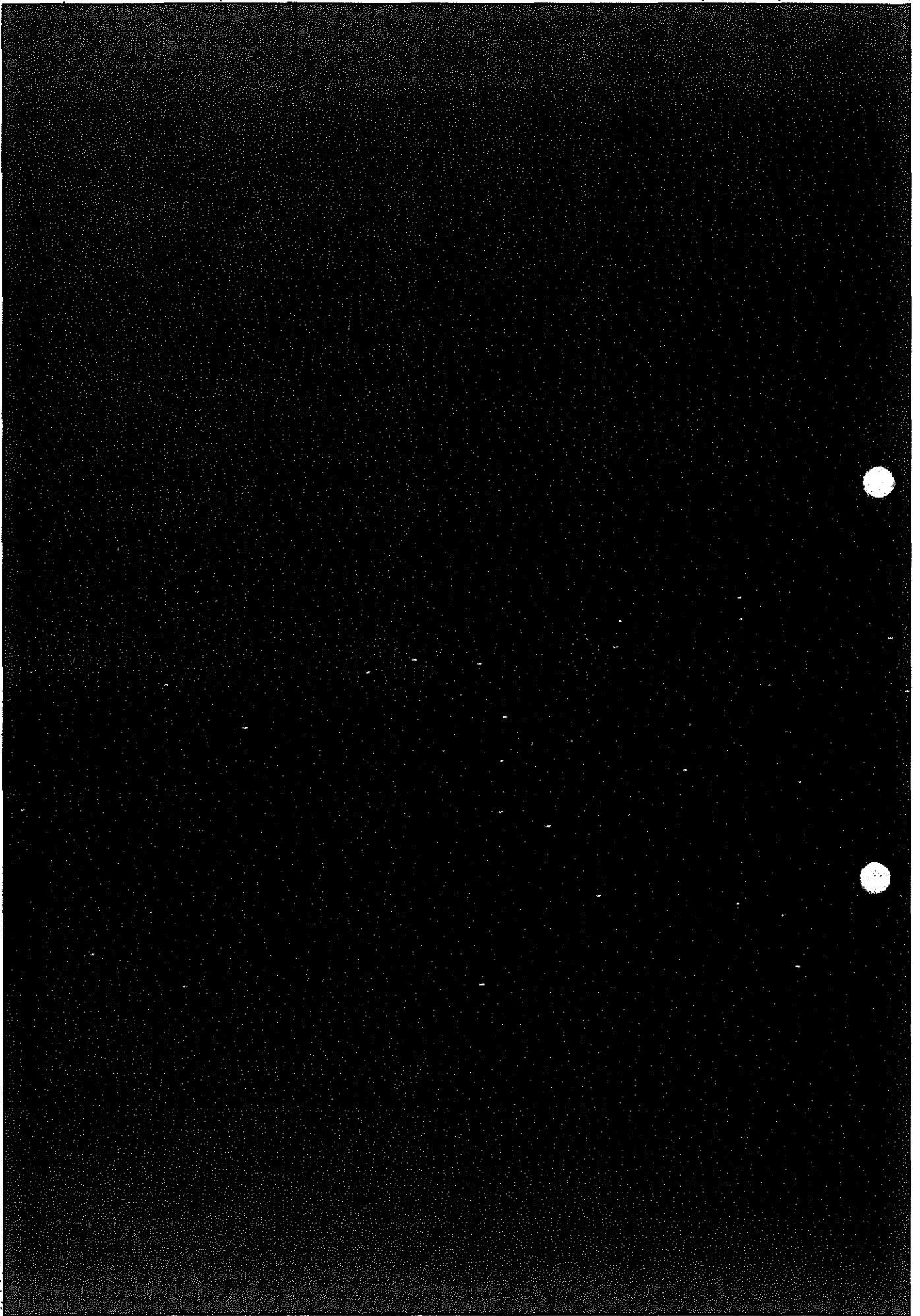




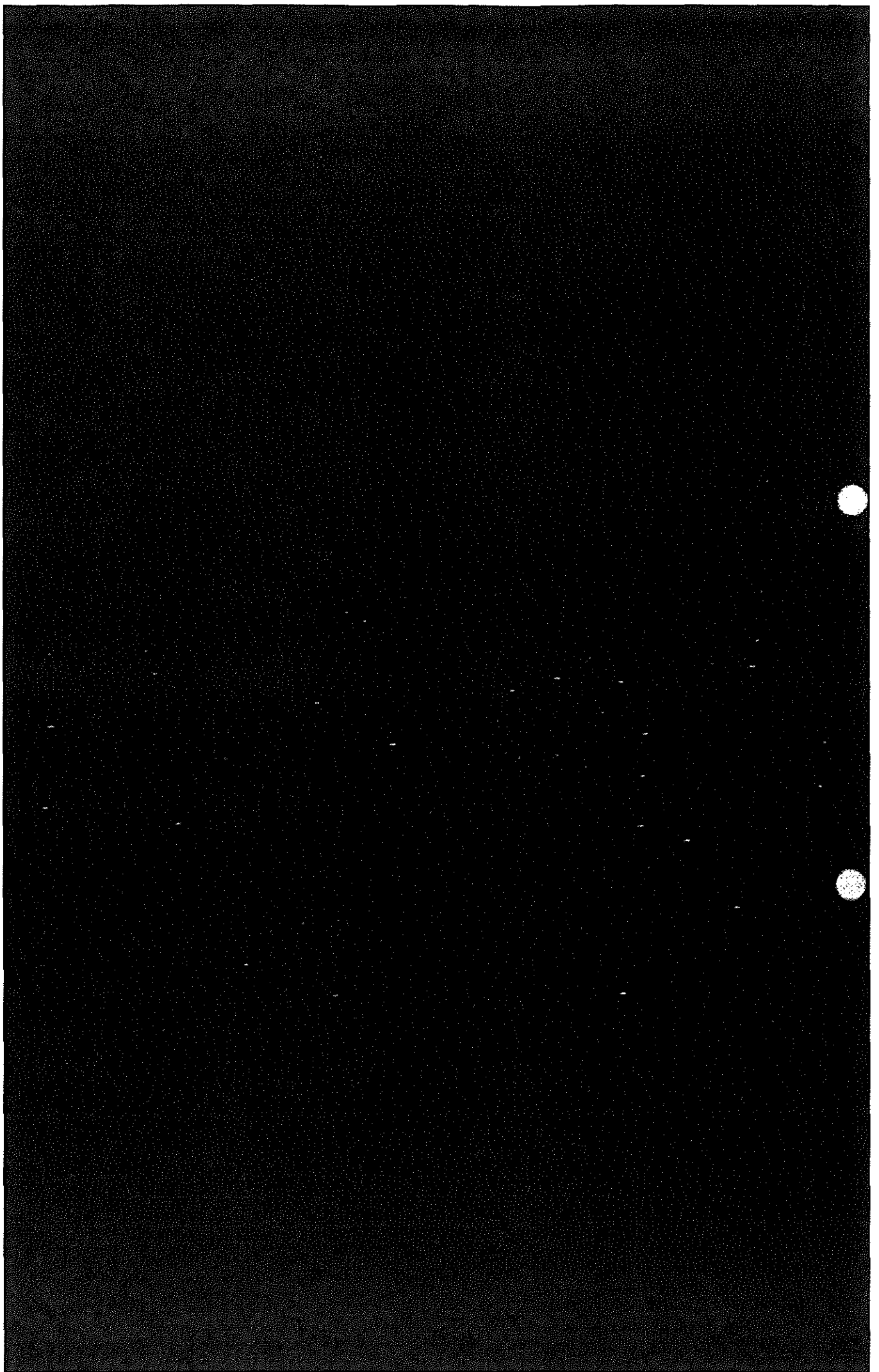


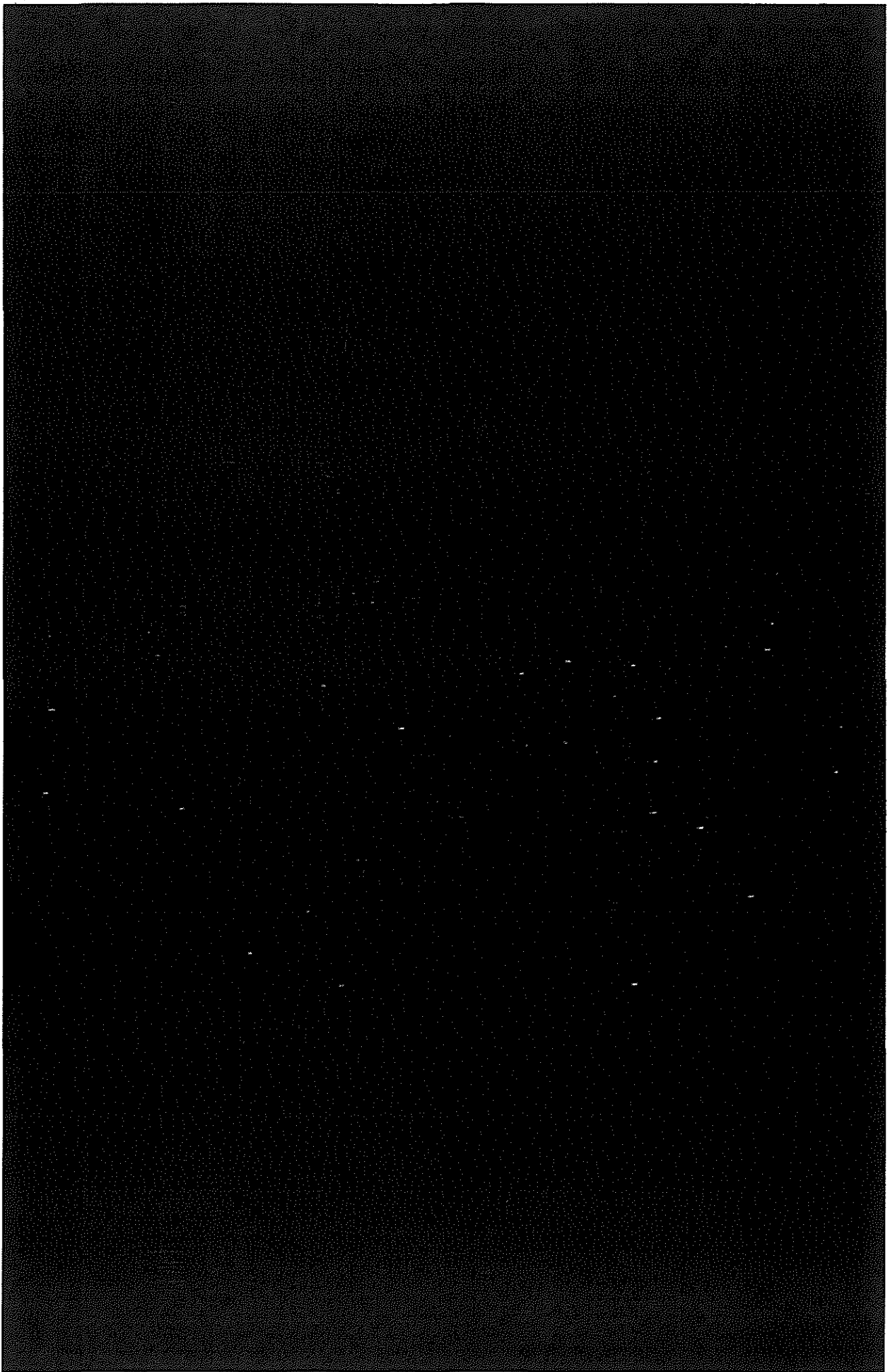






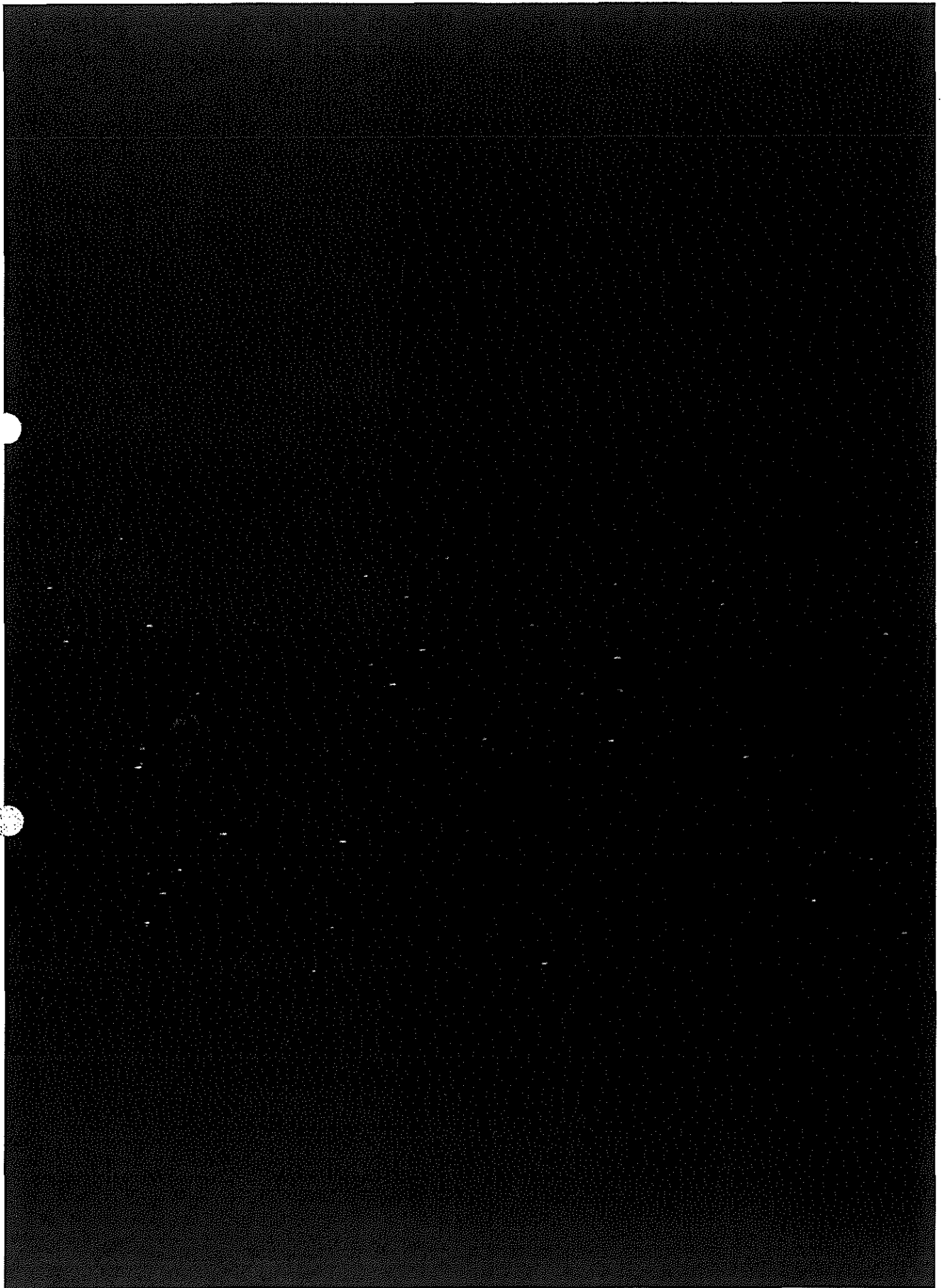




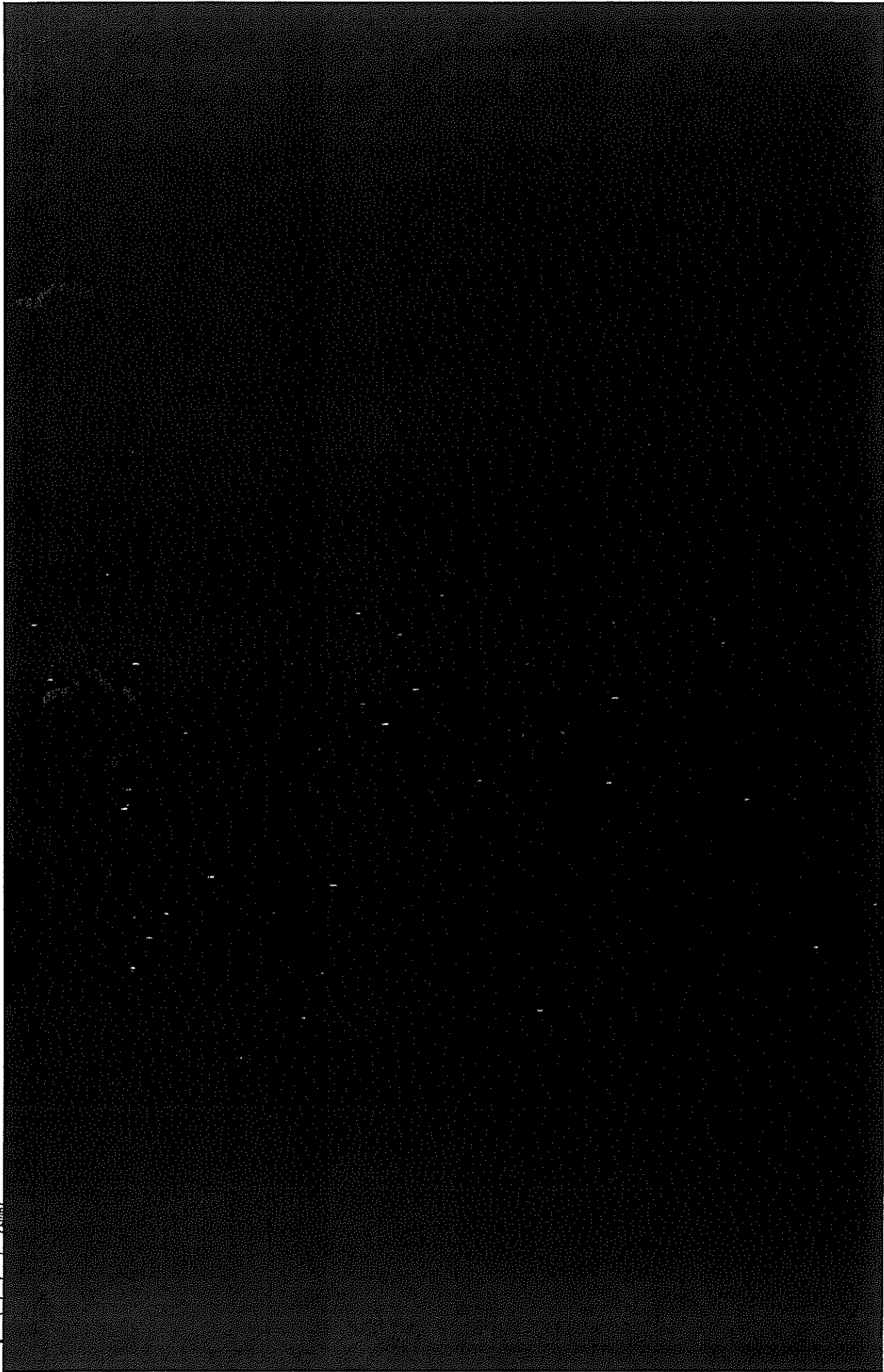


Q5

Q6



1. 6. -
受付



21. 6. -
参 受付

21. 6. -

受付

21.6

受入

1. 6. -
受付

157.12.14.

6

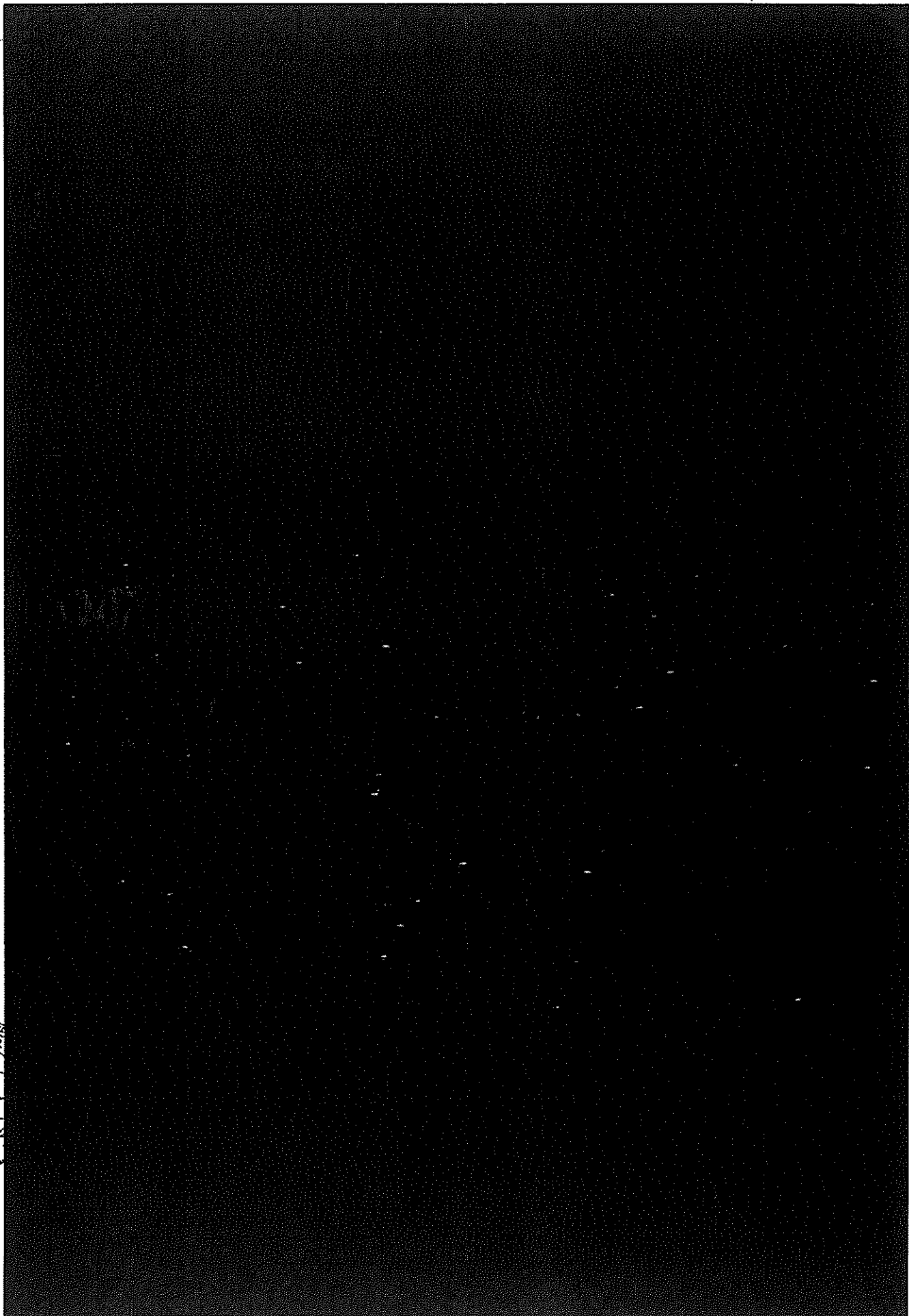
6

21.6. -

受付

21.6.

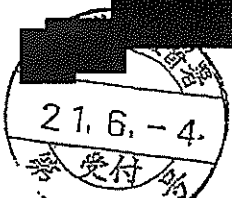
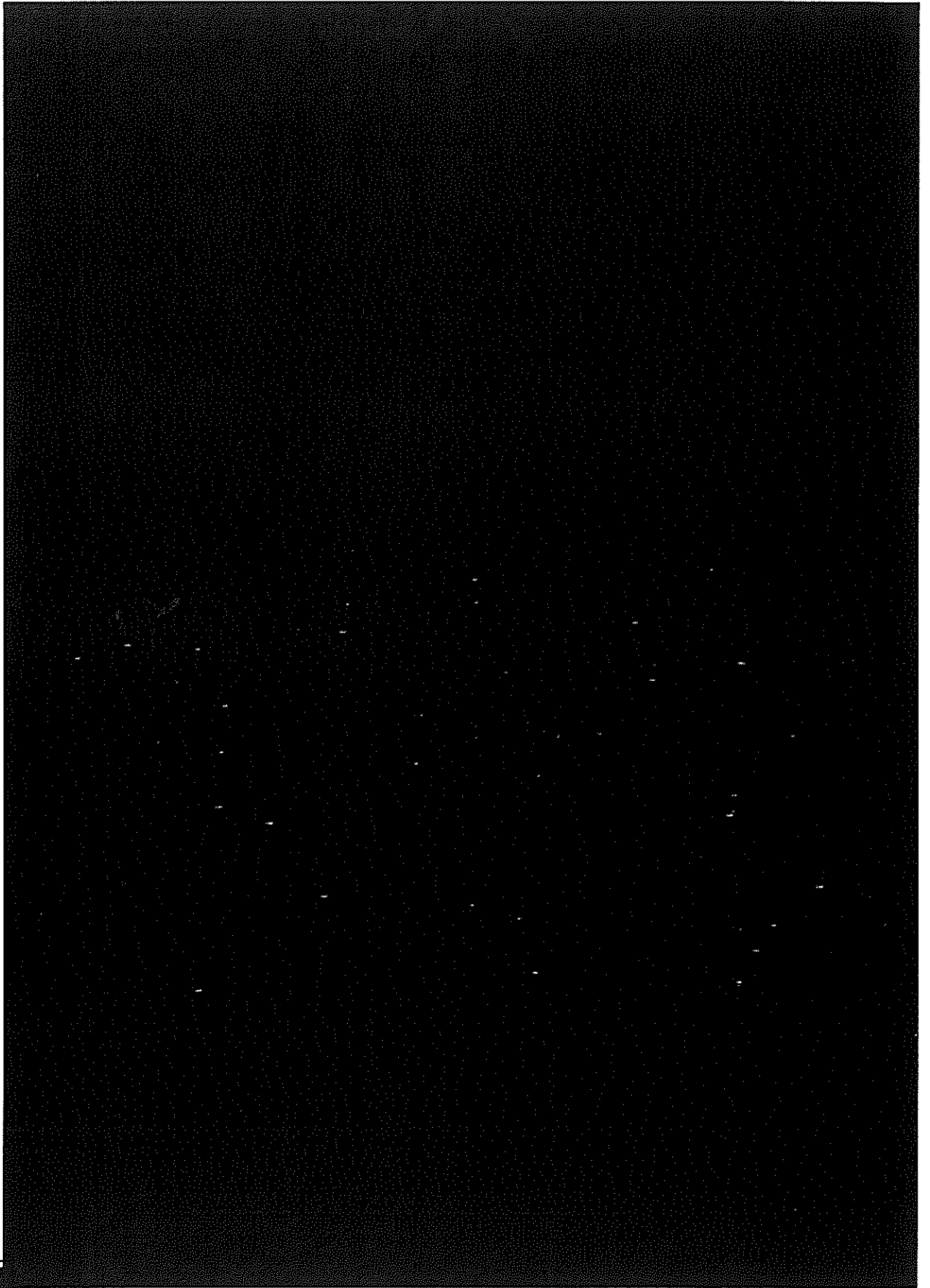
受付



21.6. -
受付

1. 6. -
受付

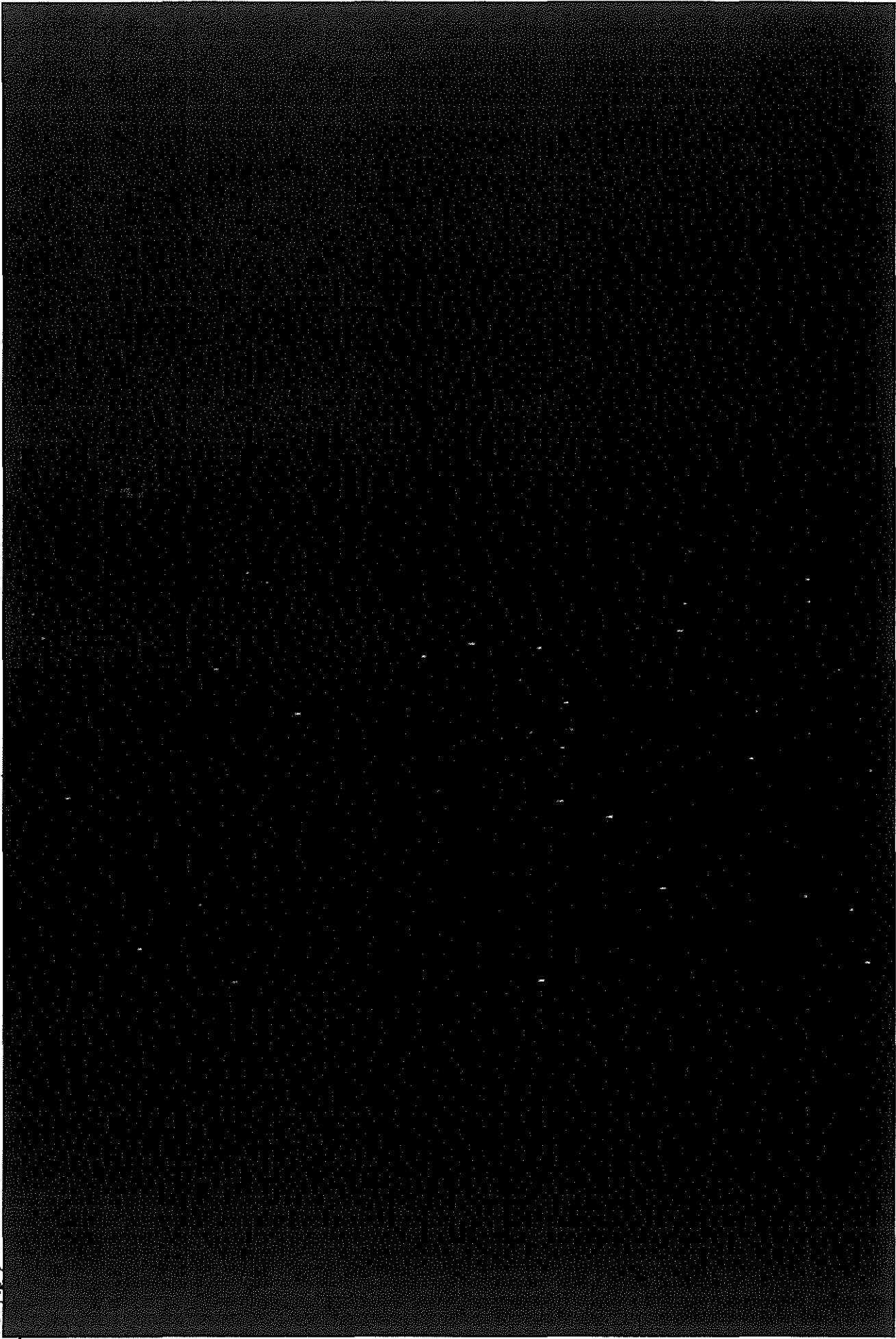
1. 6, -
受付



1. 6. -

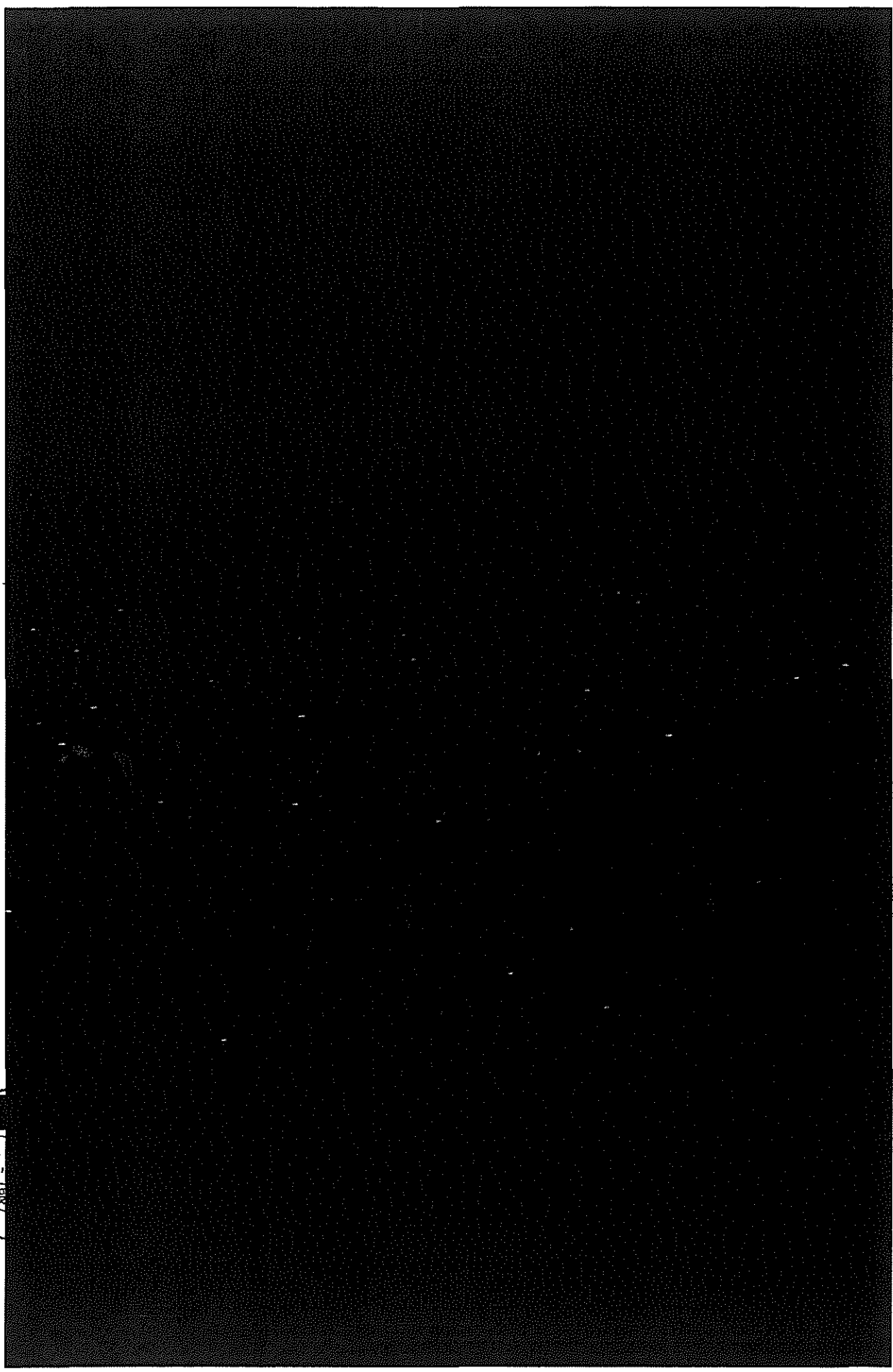
受付済





1. 6. - 4
受付

21.5.-4
受付第



21.6
受入

21.6,

受付

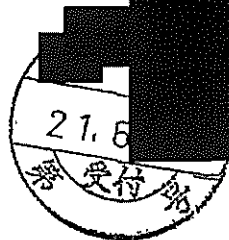
21.6.

受付

21.6.
受付

21.6.

中付 録



21.6, -
受付



6

6

21.6.-4
受付

[illegible]

平成 21 年 6 月 11 日

労働基準監督署長 殿

報告者 会社名
代表者氏名

職務内容等について

元労働者であった [redacted] に関する下記事項について報告します。

記

1 労働者氏名

2 職務歴

入職日 昭和・平成 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日
退職日 [redacted] 平成 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日

3 職務内容について

[redacted]



4 [redacted] の有無について (☒ 有) ・ 無) (どちらかに○を付して下さい。)

(1) 「有」の場合

イ [redacted] の従事期間

昭和・平成 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日 ~ 昭和・平成 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日

ロ コークス炉作業の詳細

① 作業内容の詳細

[redacted]

② 1日の平均労働時間数

③ 1か月の平均労働時間数

ハ じん肺又はタール健診実施の有無 (☒ 有 ☐ 無) (どちらかに○を付して下さい。)

(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 (有・無) (どちらかに○を付して下さい。)

ロ 賃金形態

①時間給 ②日給 ③週給 ④月給 ⑤出来高払制 ⑥請負制

ハ 賃金締切日

ニ 支払日

ホ 支払方法 ①直接手渡 ②口座振込 ③その他



ヘ 特別給与(賞与等)の有無 (有・無) (どちらかに○を付して下さい。)

「有」の場合

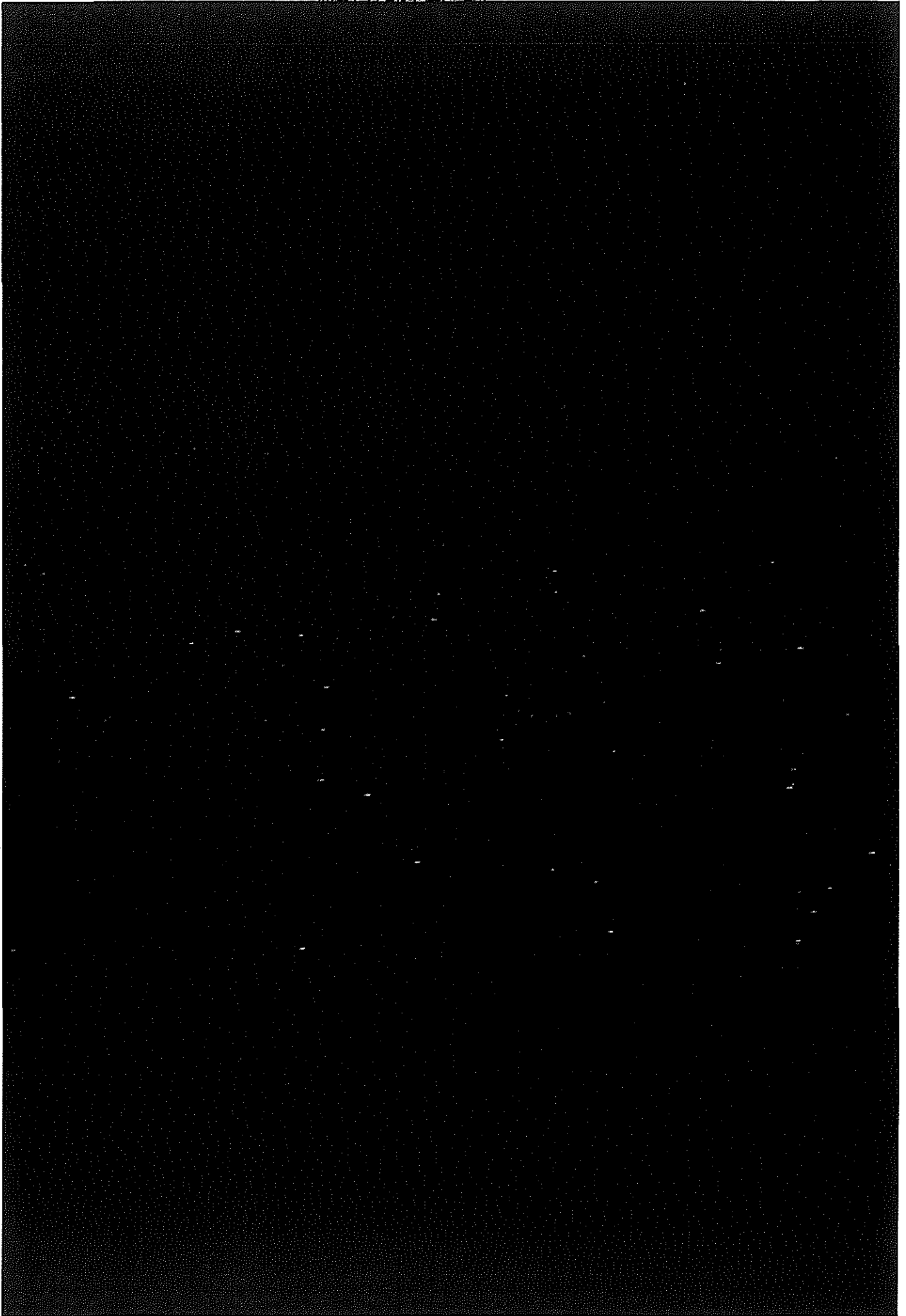
(イ) 支給月日

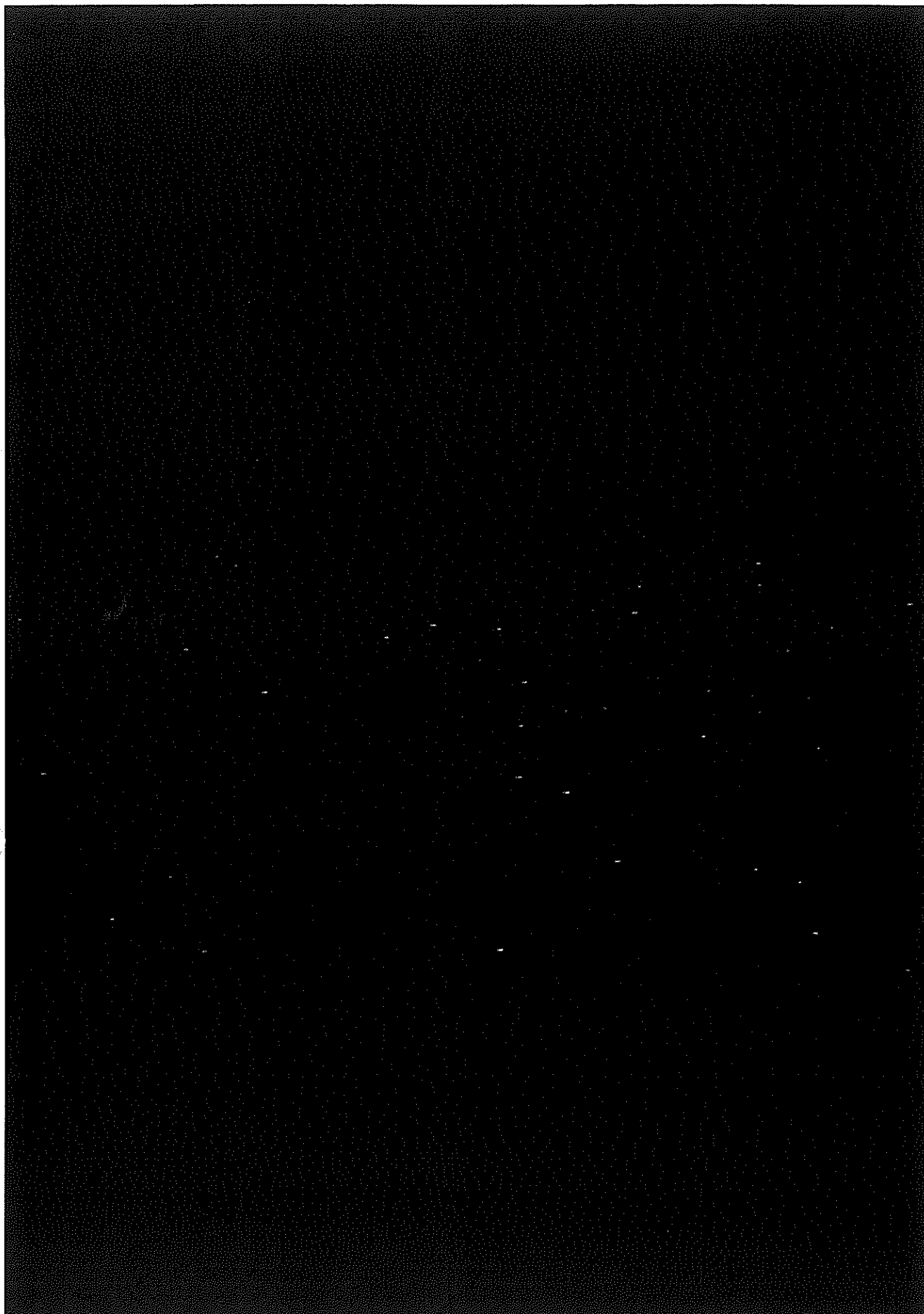
(ロ) 金額

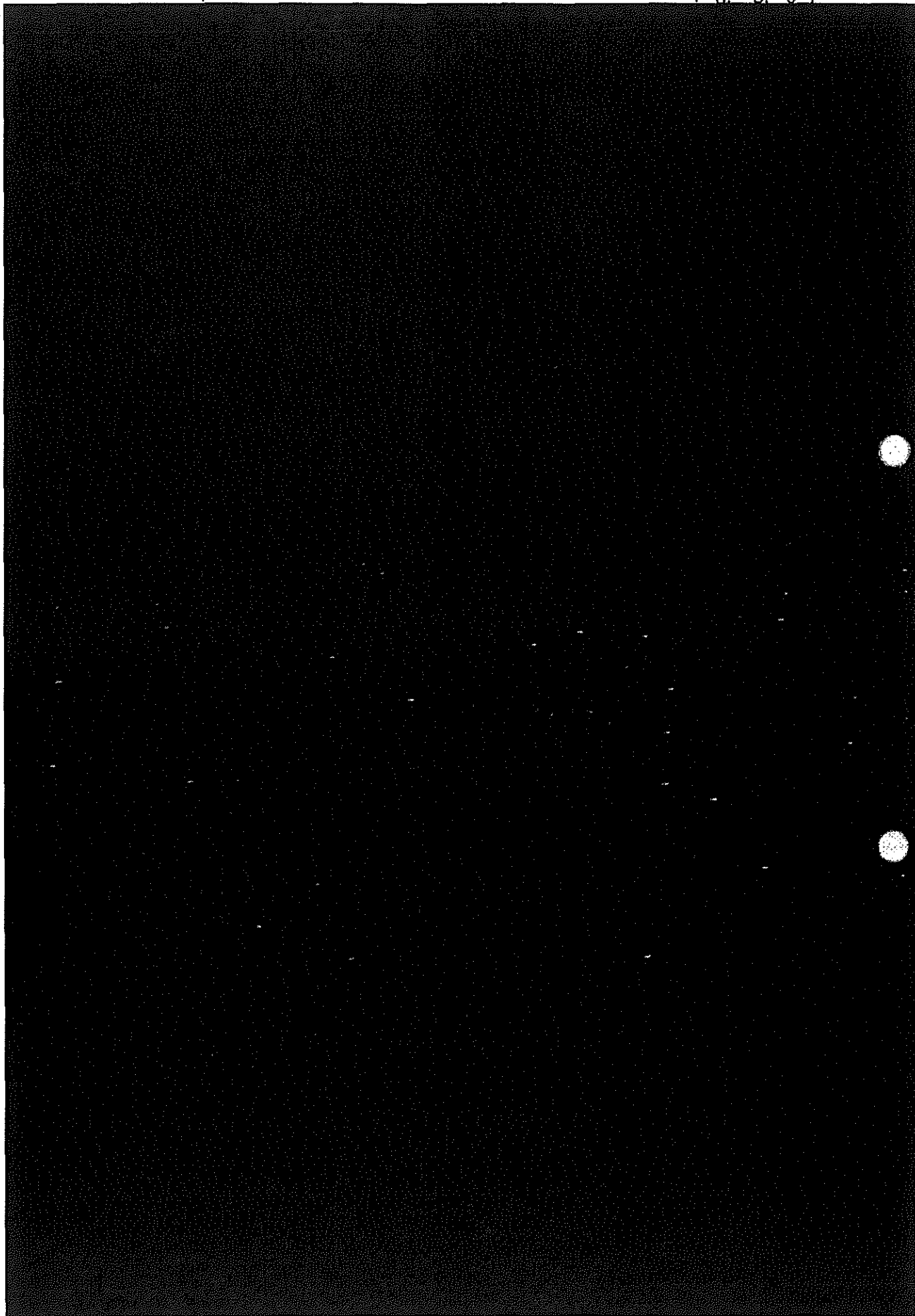
(ハ) 支払方法 ①直接手渡 ②口座振込 ③その他

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)

17.12.12.1

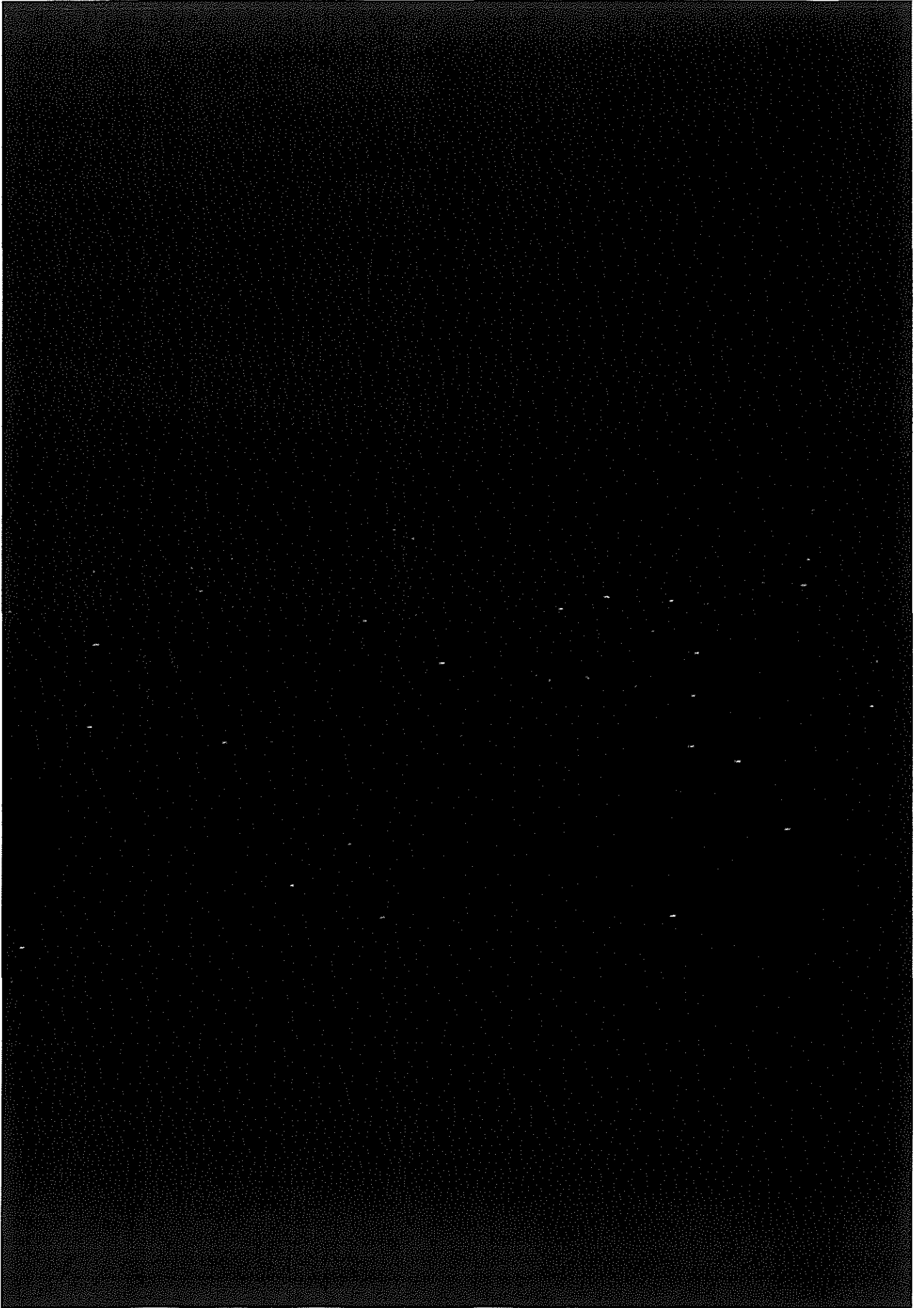






健康調査票

H19
07.12. 4



A large, dark, textured rectangular area covering the majority of the page, likely representing a redacted form or a very dark scan of a document. Two small, light-colored circular marks are visible on the right edge of this area.

A large black rectangular area covering the majority of the page, likely representing a redacted form or a very dark scan of a document. Two circular punch holes are visible on the left edge of the black area.

施行
同

立案	21年6月8日	省長	次長	課長	調査官	係長	係
決裁							
施行	年 月 日						
公印	保存 種別	立案担当者 職氏名印	厚生労働事務官				

基発第 237 号

平成 21 年 6 月 9 日

殿

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 6 月 19 日までにご回答お願いいたします。

記

労働者氏名

(昭和 年 月 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。

連絡先： 労働基準監督署

厚生労働事務官

〒

住所

電話

FAX

供覧	署 長	次 長	課 長	調査官	係 長	係

面接 照 会 顛 末 書

1. 照会年月日 21年6月4日	2. 請求人氏名
3. 照会相手氏名 (株) 【来署時確認】	
4. 照会の要旨 を確認をしたもの。	
5. 照会の顛末 ① ②	
6. 照会者職氏名 厚生労働事務官	

[illegible]

基発第 33 号
平成 21 年 5 月 19 日

署長	次長	課長	給調	係

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
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		労働者の 氏名、年令	(歳)	
事業場の 名称	(株)	労働者の 住所		
最終診療 機関名		労働者の 職 種		
傷 病 名		負傷 発病年月日	平成 年 月 日	
依 頼 事 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す。 21.5.25 TEL 有 ()			
添付書類	1	2	3	4
提出期限	平成 21 年 6 月 8 日		担当者官職氏名	厚生労働事務官

主治医への意見書依頼内容

1. 初診日について

2. 初診時の症状について

※外的所見、自訴を含む。

3. 行われた諸検査等について

(1) 諸検査年月日

(2) 諸検査内容

(3) 諸検査結果、その所見及び評価について

4. 皮膚癌について

(1) 発症部位について

(2) 確定診断日について

※確定診断の根拠となった諸検査内容・結果等も併せてご教示ください。

(3) 原発性であるか否かについて

※原発性である場合、判断した根拠を医学的所見とともにご教示ください。

(4) 当該傷病と労働者の業務に相当因果関係が認められるか否かについて、医学的所見とともにご教示ください。

5. 既往症・基礎疾患の有無について

※「有」の場合、その内容についてご教示ください。

6. その他参考となる事項について

※ 請求人（本人）の同意書を添付いたしますので、貴院の診療録及び各種検査結果の写を添付願います。

年 月 日	供 覧	署 長	次 長	課 長	給 付 調 査 官	係 長	係 員	係
-------------	--------	--------	--------	--------	-----------------------	--------	--------	---

様 式 4

第 号
平成 21 年 5 月 25 日

労働基準監督署長殿

診療所

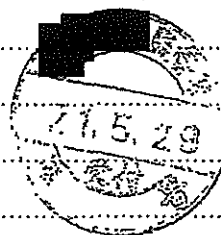
医 師

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。

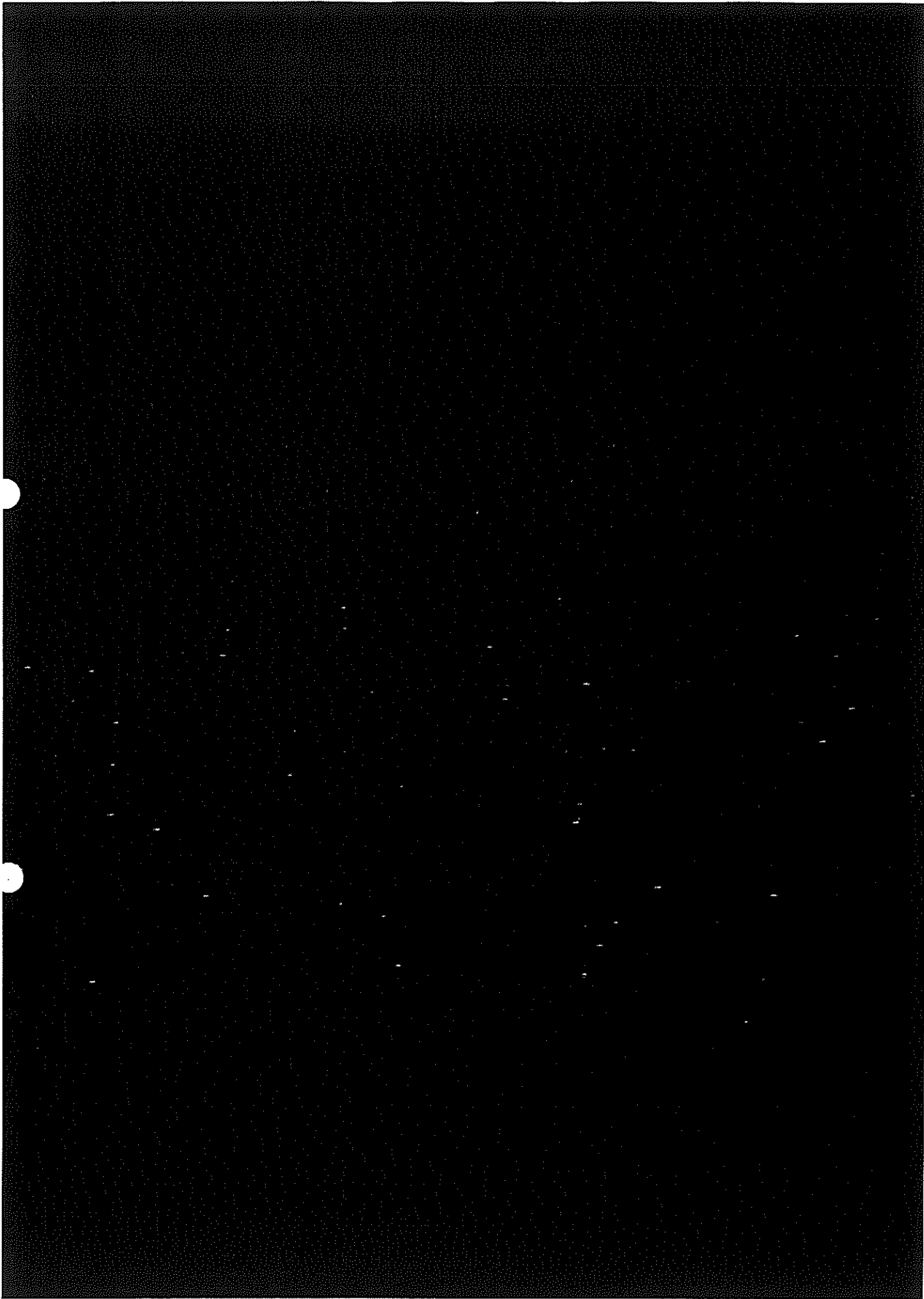
記

労働保険 番号	府県 所管 管轄	基 幹 番 号	枝 番 号	負傷 発病 年月日	治癒年月日	年 月 日
労働者 の氏名	(歳)			負傷の部位及び 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）	3.					
	4.					
	5.					

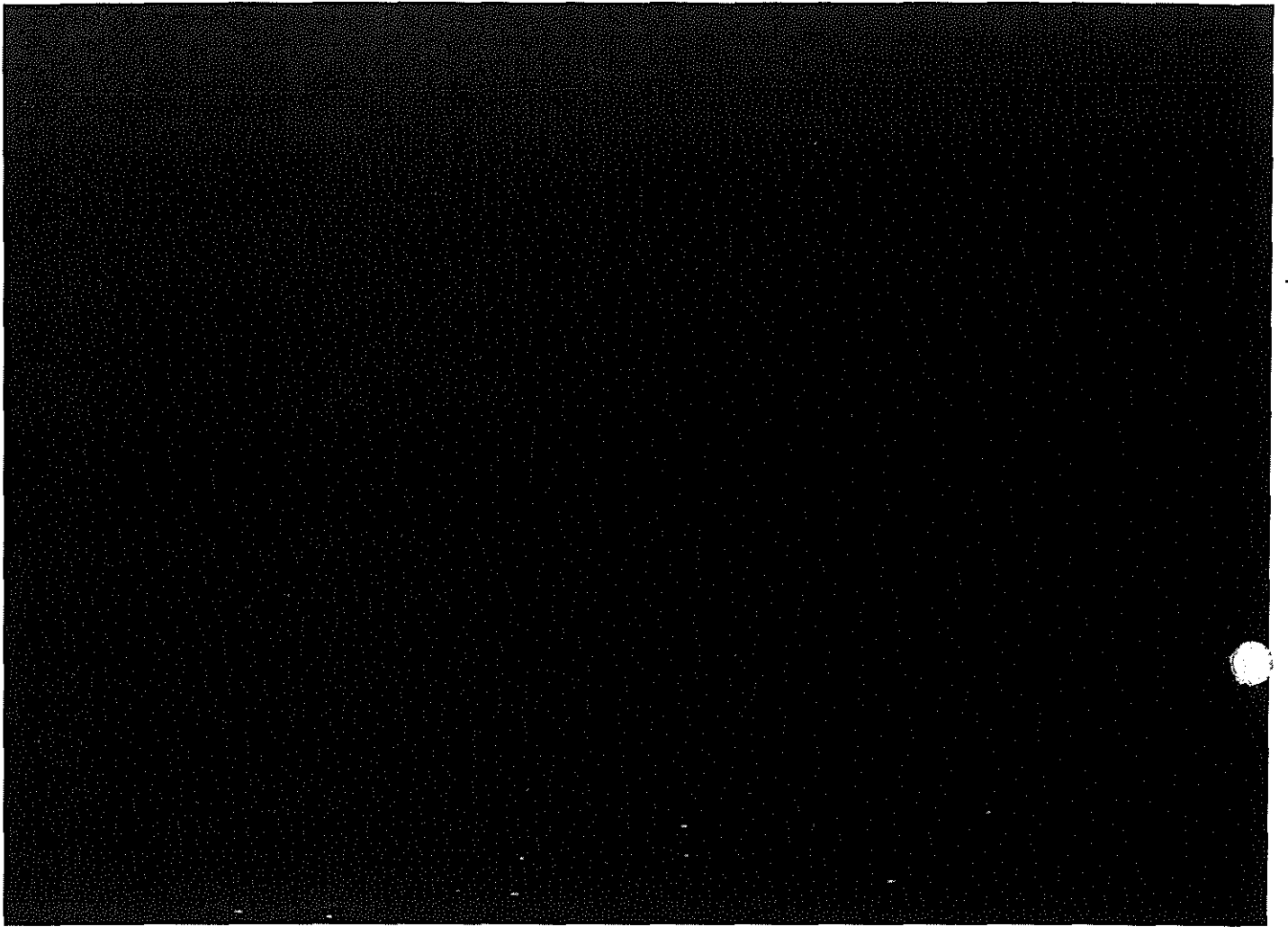


三三・七・二二 基幹第四五四号

- (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。



2009/06/02



2009/06/02

[illegible]

基発第 34 号
平成 21 年 5 月 19 日

署長	次長	課長	給調	係

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 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		労働者の 氏名、年令		
事業場の 名 称	(株)	労働者の 住 所		
最終診療 機 関 名		労働者の 職 種		
傷 病 名		負傷 発病年月日	平成 年 月 日	
依 頼 事 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す。			
添付書類	1	2	3	4
提出期限	平成 21 年 6 月 8 日		担当者官職氏名	厚生労働事務官

主治医への意見書依頼内容

1. 初診日について
2. 初診時の症状について
※外的所見、自訴を含む。
3. 行われた諸検査等について
 - (1) 諸検査年月日
 - (2) 諸検査内容
 - (3) 諸検査結果、その所見及び評価について
4. 皮膚癌について
 - (1) 発症部位について
 - (2) 確定診断日について
※確定診断の根拠となった諸検査内容・結果等も併せてご教示ください。
 - (3) 原発性であるか否かについて
※原発性である場合、判断した根拠を医学的所見とともにご教示ください。
 - (4) 当該傷病と労働者の業務に相当因果関係が認められるか否かについて、医学的所見とともにご教示ください。
5. 既往症・基礎疾患の有無について
※「有」の場合、その内容についてご教示ください。
6. その他参考となる事項について

※ 請求人（本人）の同意書を添付いたしますので、貴院の診療録及び各種検査結果の写を添付願います。

年 月 日	供 覧	署 長	次 長	監 査 長	監 査 官	係 員	係
[Redacted]							

様式 4

第 号
平成 21 年 5 月 29 日

労働基準監督署長殿

病 院
診療所

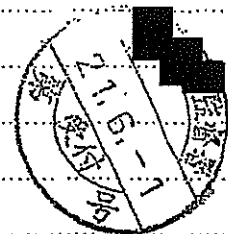
医 師

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	管轄	基幹番号	枝番号	負傷年月日	発病年月日	治癒年月日	年 月 日	
労働者の名	[Redacted] ([Redacted] 歳)					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）										



労働基準監督署長印

- (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。

[illegible]

基発第 35 号
平成 21 年 5 月 19 日

署長	次長	課長	給調	係

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
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			労働者の 氏名、年令	(歳)	
事業場の 名称	(株)		労働者の 住所		
最終診療 機関名			労働者の 職種		
傷病名			負傷 発病年月日	平成 年 月 日	
依 頼 事 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す。				
添付書類	1	2	3	4	
提出期限	平成 21 年 6 月 8 日		担当者官職氏名	厚生労働事務官 和田 幹子	

主治医への意見書依頼内容

1. 初診日について

2. 初診時の症状について

※外的所見、自訴を含む。

3. 行われた諸検査等について

(1) 諸検査年月日

(2) 諸検査内容

(3) 諸検査結果、その所見及び評価について

4. 皮膚癌について

(1) 発症部位について

(2) 確定診断日について

※確定診断の根拠となった諸検査内容・結果等も併せてご教示ください。

(3) 原発性であるか否かについて

※原発性である場合、判断した根拠を医学的所見とともにご教示ください。

(4) 当該傷病と労働者の業務に相当因果関係が認められるか否かについて、医学的所見とともにご教示ください。

5. 既往症・基礎疾患の有無について

※「有」の場合、その内容についてご教示ください。

6. その他参考となる事項について

※ 請求人（本人）の同意書を添付いたしますので、貴院の診療録及び各種検査結果の写を添付願います。

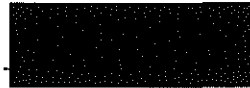
年 月 日	係	係員	係長	給付 調査官	課長	次長	署長
	[Redacted]						

様式 4

第 号

平成 21 年 5 月 27 日

労働基準監督署長殿



病 院
診療所

医 師

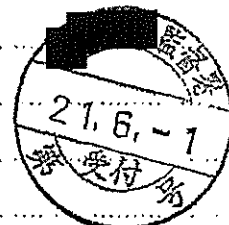


意見書の提出について

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。

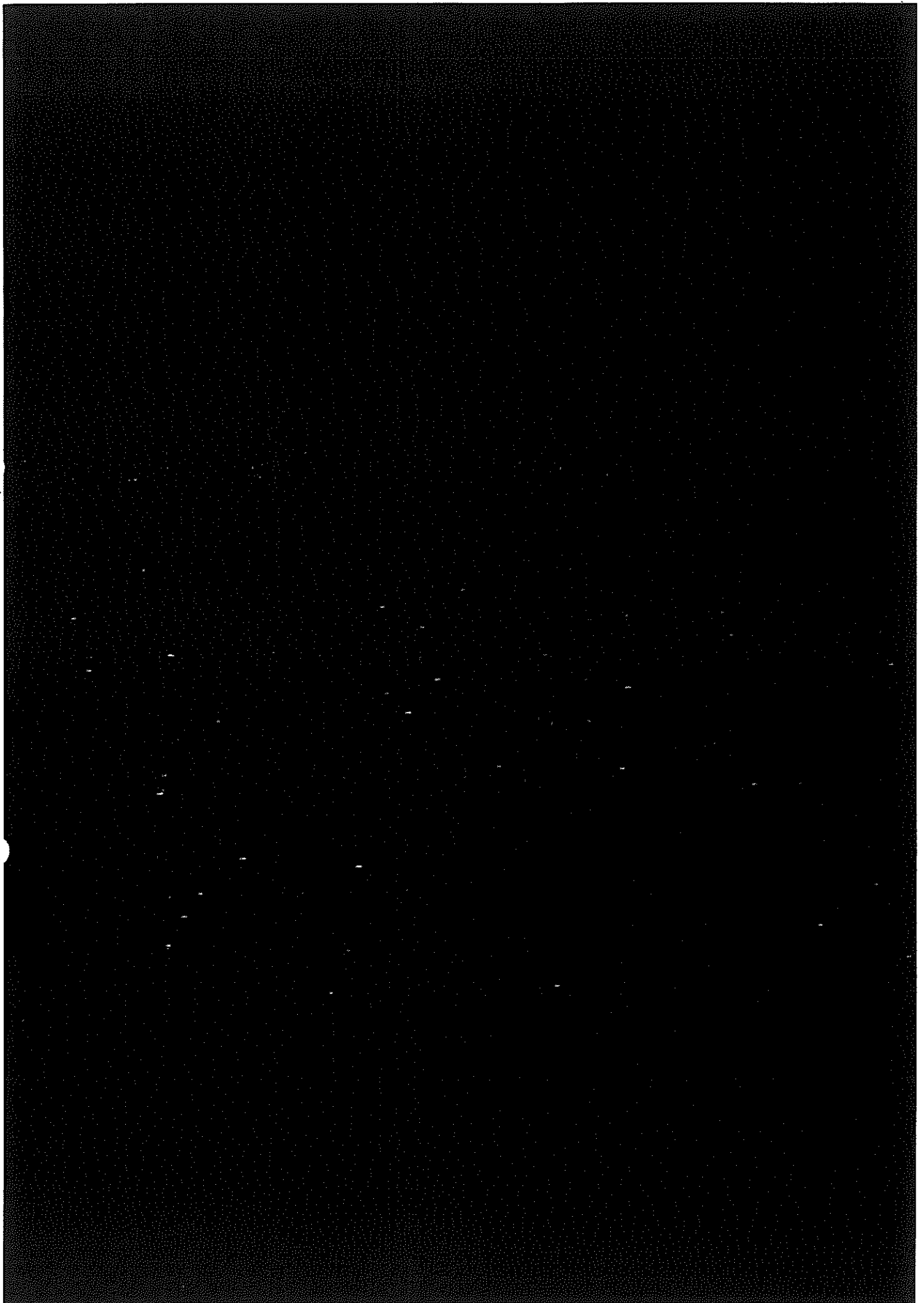
記

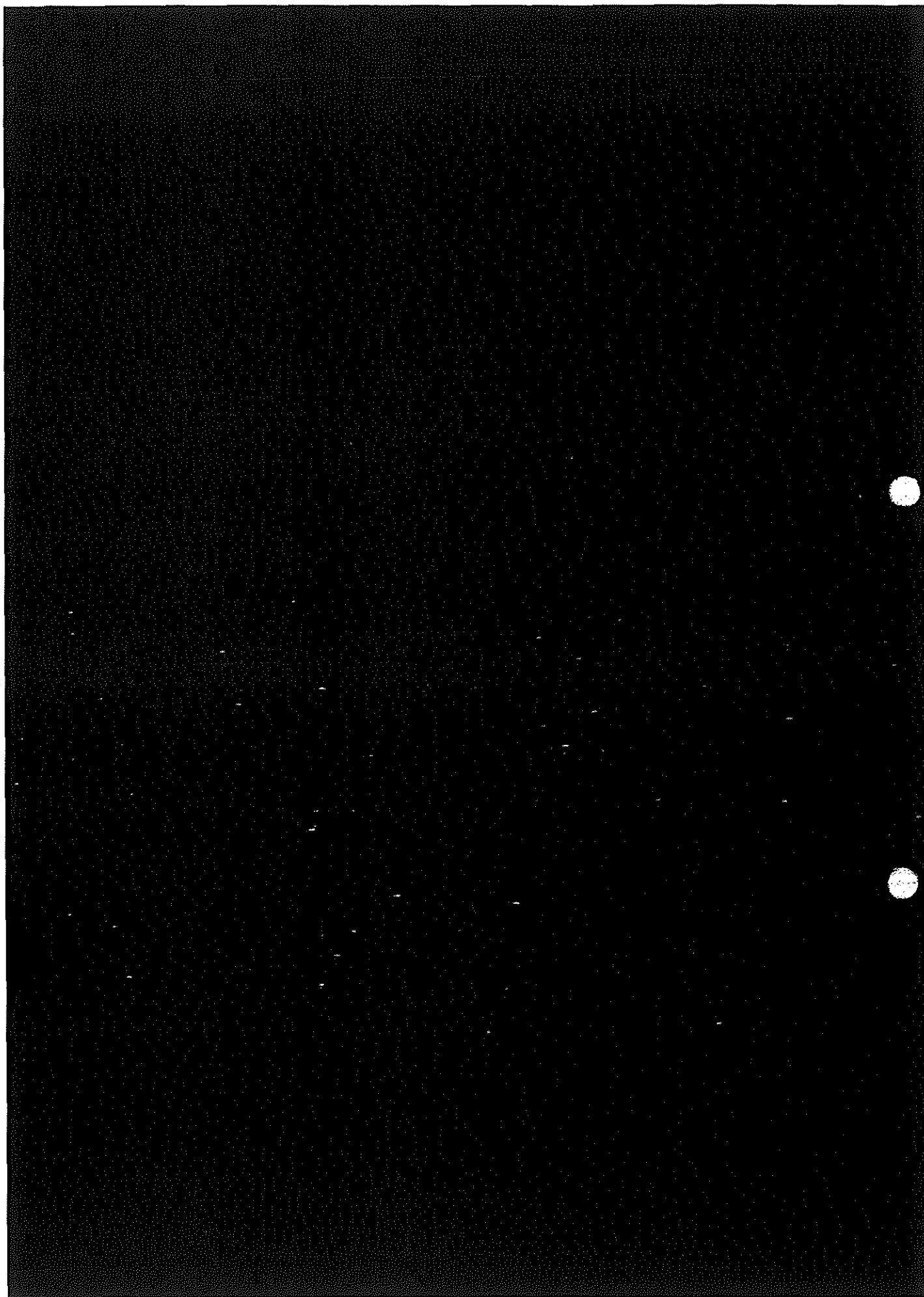
労働保険 番号	府県	所管 管轄	基幹 番号	枝番 号	負傷 発病	年月日	治癒年月日
労働者 氏名	(歳)				負傷の部位及び 傷病名		
主訴及び 自覚症	[Redacted]						
	[Redacted]						
依頼事項にか かる意見（検 査成績等）	[Redacted]						



三・七・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。





様式9号

不備返戻 した書類	種 類	診断書
	受 付	平成21年6月1日
	年月日	
	受 付 番 号	

不 備 返 戻 (照 会) 付 箋

第 59 号
平成21年6月24日

(住所) [REDACTED]

(氏名) [REDACTED] 殿

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

- 1 平成21年5月27日付意見書において、
[REDACTED] とご回答いただきましたが、
[REDACTED] 医学的所見よりご教示ください。

※参考となる資料等がございましたら、併せて送付願います。

提出期限 平成21年7月7日

※この付箋はこのまま貼っておいてください。

この欄に監督署あての連絡または回答事項を記入してください。
(記入できないときは別紙に記載して添付のこと)



労働基準監督署

電話 [REDACTED]

資料No. 9

基発第 100 号
平成 21 年 7 月 28 日

署長	次長	課長	給調	係
----	----	----	----	---

勞災協力医 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
 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。

42

労働保険 番号	[redacted]		労働者の 氏名、年令	[redacted] ([redacted] 歳)
事業場の 名称	[redacted] (株)		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	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必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、下記事項についてご回答願います。 記 1. 皮膚がんについて ①癌にかかる所見について ②原発性であるか否かについて 2. 上記1の発症と労働者の業務（ [redacted] ）との間に相当因果関係が認められるか否かについて ※労働者が [redacted] に従事していた期間（昭和 [redacted] 年～平成 [redacted] 年）から考えて、発症の時期（平成 [redacted] 年 [redacted] 月）が妥当であるか否かも含めてご教示ください。 3. その他参考事項			
添付書類	1	2	3	4
提出期限	平成21年 8 月 7 日		担当者官職氏名	厚生労働事務官 [redacted]

樣式 4

平成 21 年 7 月 30 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。

၂၆

三三・七・二二 基發第四五四号

(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。

(~~病~~院控用)

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。 (書提出用)

(物品番号 6233) 20.8

【事案概要】

1. 被災労働者について

氏 名

住 所

生年月日 昭和 年 月 日

職 種

2. 所属事業場

名 称 (株)

住 所

3. 災害発生状況について

4. 請求人の職歴について

① 昭和 年 月～昭和 年 月

事業場名 (現)

職 種

作業内容

昭和 年～ 年 :

昭和 年～ 年 :

昭和 年～ 年 :

昭和 年～ 年 :

② 昭和 年 月～平成 年 月

事業場名

(現

職 種

作業内容

③ 平成 年 月～平成 年 月

事業場名

職 種

作業内容

④ 平成 年 月～現在

事業場名

職 種

5. 最終の ばく露事業場における作業状況等について<上記4②>

① 作業着:

② 手袋:

③ ヘルメット:

④ 粉じんマスク:

⑤

⑥

⑦

6. 被災労働者の身体状況・日常生活状況等について

①

②

- ③ [REDACTED]
[REDACTED]
- ④ [REDACTED]
- ⑤ [REDACTED]
[REDACTED]
- ⑥ [REDACTED]
[REDACTED]
- ⑦ [REDACTED]
[REDACTED]
- ⑧ [REDACTED]
[REDACTED]
- ⑨ [REDACTED]
- ⑩ [REDACTED]
- ⑪ [REDACTED]
- ⑫ [REDACTED]
- ⑬ [REDACTED]

7. 療養の経過について

平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 [REDACTED]
平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 [REDACTED]
平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日 [REDACTED]

8. 主治医意見

① [REDACTED] (平成21年5月25日付 [REDACTED] 医師作成)

イ. 初診日について

平成 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日

ロ. 初診時の症状について

[REDACTED]

ハ. 行われた諸検査等について

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ニ. 皮膚癌について (確定診断日、原発性であるか否か)

[REDACTED]

ホ. 既往症・基礎疾患の有無について

② [redacted] (平成21年5月29日付 [redacted] 医師作成)

③ [redacted] (平成21年5月27日付 [redacted] 医師作成)

イ. 初診日について

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

ロ. 初診時の症状について

ハ. 行われた諸検査等について

ニ. 皮膚癌について

ホ. 既往症・基礎疾患の有無について