様式第１（第２条関係）

（表　面）

石綿健康被害医療手帳

手帳番号

公費負担者番号			
公費負担医療の受給者番号			
被認定者	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
	住所		
	認定疾病の名称		
受付年月日		年　月　日	
有効期限		年　月　日	
発行機関及び印		独立行政法人 環境再生保全機構	

（裏　面）

治　　療

病院の名称	治療期間	入院外の別	医療機関の名称

〈注意事項〉

1　保健医療機関等において医療を受ける場合、被保険者証、組合員証又は老人保健法医療受給者証に添えて、この石綿健康被害医療手帳を必ず窓口に提出してください。
2　認定疾病（付随して発生するいわゆる続発症を含む。）について、医療保険の給付対象となる診療及び介護保険の適用を受ける医療系サービスを受けた場合、保険適用となる範囲の自己負担分が給付対象となります。遺伝性疾病、歯科診療、正常分娩に係る産科診療、第三者行為による傷害、その他他に原因が明らかであると主治医が認めた疾病に関する医療については対象になりません。
3　緊急その他やむを得ない理由があるときに、手帳を提示せずに保健医療機関等から診療を受けた場合や、保健医療機関等以外から診療を受けた場合は、後から、（独）環境再生保全機構に医療費の支給を請求することができます。
4　住所又は氏名に変更があったときは、速やかに届け出てください。
5　認定疾病が治ったとき、この手帳の有効期限が来たとき、認定の取消しを受けたとき、又は被認定者が死亡したときは、この手帳を速やかに返還してください。
6　この石綿健康被害医療手帳は紛失しないようにしてください。もし、破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出てください。
7　不正にこの証を使用した者は刑法によって詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考　この手帳の用紙の大きさは、日本産業規格Ｂ６とする。