

アスベストに関する健康診断受診申請書

フリガナ
ご氏名 _____
ご住所 〒 _____
電話番号 _____
生年月日 大正・昭和 年 月 日生

国鉄在職期間 昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日

国鉄を退職された時の職場 職場名: _____

主にアスベストに関わる
作業に従事していた期間 昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日

及びその職場

_____ 工場 _____ 機関区
_____ 電車区 _____ 気動車区
_____ 客貨車区 _____ 自動車営業所

船舶関連: _____

その他アスベスト関連部材を扱った職場: _____

(業務内容)

例: ×駅のアスベスト剥出しの□□倉庫内で延べ△日に渡り〇〇の作業に従事。
→アスベスト関連部材等に接する機会が頻繁にあったことを記入して下さい。

現在の健康状況

- 異常なし
- 自覚症状あり
(下記に自覚症状の状況を具体的にご記入願います)

上記のとおり「別記」内容を了承のうえ当該健康診断の受診の申請をいたします。

令和 年 月 日

独立行政法人 鉄道建設・運輸施設整備支援機構 理事長 殿

別記

- 国鉄清算事業管理部が健康診断受診料を負担することができる方は、次の業務を行った方です。
 - 工場、機関区、電車区、客貨車区、自動車営業所、船舶関連等の職場において機関車、鉄道車両、自動車、船舶を検査、点検、修理または解体する業務。
 - 駅、操車場、車掌区、保線区、施設・電気・建築関係等の職場で石綿(アスベスト)関連部材等に接する機会があった業務。上記に該当しない方は、自己負担となりますのでこの申請書での受診はできません。
- 国鉄清算事業管理部が今回の1回に限り健康診断受診料を負担することとなる方には、後日承認書を送付いたしますので、折り返し領収書などを添えて請求手続きを取っていただくことになります。

アスベストに関する健康診断受診を申し込まれる方へ

旧国鉄においてアスベスト関連業務に従事された方におかれましては、不安な日々をお過ごしのことと思います。

つきましては、アスベストに関する健康診断受診を希望される方は、「**別記**」をお読みになられた上、同封の申請書にご記入後、郵送にてご返送願います。

別記【詳細版】

1. 国鉄清算事業管理部がアスベストに関する健康診断受診料を負担できるのは、主に以下の職場において、石綿(アスベスト)にばく露した可能性が疑われる業務の従事経験がある方です。

①工場、機関区、電車区、客貨車区、自動車営業所、船舶関連等の職場において**機関車、鉄道車両、自動車、船舶を検査、点検、修理または解体する業務。**

②駅、操車場、車掌区、保線区、施設・電気・建築関係等の職場で**石綿(アスベスト)関連部材等に接する機会があった業務。**

これらに該当しない方は、現状では自己負担となりますので、この申請書の提出は必要ありません。

2. 国鉄清算事業管理部がアスベストに関する健康診断受診料を負担することとなる方には、後日、承認書兼請求書を送付いたしますので、折り返し領収書などを添えて請求手続きをとっていただくこととなります。(中旬締め/月末払いで、ご希望の銀行口座へ振り込まれます)

3. 今回の健康診断(当機構で費用負担分)は、旧国鉄においてアスベスト関連業務に従事され、健康状態に不安のある方を対象に、アスベストばく露の可能性を認知していただくことを意図したもので、**1回限り**とさせていただきます。(ただし、「画像結果が後日にならないとわからない」などの理由で検査が複数日に跨っても1回と数えます)

したがって、健康診断受診後、医師に定期的な経過観察(年に1~2回)を勧められた場合については、「健康管理手帳制度」等を利用して国鉄清算事業管理部の費用で経過観察を行うか、自己負担で経過観察を行っていただくこととなりますので、ご承知おき願います。

健康診断受診に関するお問い合わせ先

独立行政法人

鉄道建設・運輸施設整備支援機構

国鉄清算事業管理部 職員課

045-222-9567

〒231-8315

神奈川県横浜市中区本町 6-50-1 横浜アイランドタワー

アスベストに関する健康診断受診申請書

フリガナ 甲野 一郎
ご氏名 甲野 一郎
ご住所 〒000-0000 東京都00区0000丁目0番0号
電話番号 00(0000)0000
生年月日 大正・昭和 0年 0月 0日生

国鉄在職期間 昭和 0年 0月 0日 ~ 昭和 0年 0月 0日

国鉄を退職された時の職場 職場名: 00鉄道管理局00駅

主にアスベストに関わる作業に従事していた期間及びその職場 昭和 0年 0月 0日 ~ 昭和 0年 0月 0日

工場 機関区
電車区 気動車区
客貨車区 自動車営業所

船舶関連:

その他アスベスト関連部材を扱った職場:

(業務内容)

例: ×駅のアスベスト剥出しの□□倉庫内で延べ△日に渡り〇〇の作業に従事。
→アスベスト関連部材等に接する機会が頻繁にあったことを記入して下さい。

現在の健康状況

1. 異常なし
2. 自覚症状あり
(下記に自覚症状の状況を具体的にご記入願います)

上記のとおり「別記」内容を了承のうえ当該健康診断の受診の申請をいたします。

令和 0年 0月 0日

独立行政法人 鉄道建設・運輸施設整備支援機構 理事長 殿

別記

1. 国鉄清算事業管理部が健康診断受診料を負担することができる方は、次の業務を行った方です。
 - ① 工場、機関区、電車区、客貨車区、自動車営業所、船舶関連等の職場において機関車、鉄道車両、自動車、船舶を検査、点検、修理または解体する業務。
 - ② 駅、操車場、車掌区、保線区、施設・電気・建築関係等の職場で石綿(アスベスト)関連部材等に接する機会があった業務。上記に該当しない方は、自己負担となりますのでこの申請書での受診はできません。
2. 国鉄清算事業管理部が今回の1回に限り健康診断受診料を負担することとなる方には、後日承認書を送付いたしますので、折り返し領収書などを添えて請求手続きを取っていただくことになります。