

# 健康管理手帳更新・再交付申請書

帳票種別

3 7 2 3 1

①管轄局

□ □

\_\_\_\_\_

②更新・再交付

1更新  
 3再交付

③受付年月日

元号 年 月 日  
7平成 □ □ □ □ □ □ □ □

④現在の健康管理手帳番号

| 西 曆 年   | 所 轄 局   | 傷 病 番 号         | 振 出 番 号         | 枝 番 号           |
|---------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|
| □ □ □ □ | □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ |

健康管理手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。

\_\_\_\_\_  
労働局長 殿

申請者の

(〒 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

(TEL \_\_\_\_\_ )

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印

(記名押印又は署名)

※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。

- イ. 健康管理手帳を紛失したため
- ロ. 健康管理手帳を汚損したため
- ハ. アフターケア記録欄がなくなったため
- ニ. その他 (具体的に書いてください)

( \_\_\_\_\_ )

備 考

受付印

\_\_\_\_\_

職員記入欄

## お 願 い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙を糊付けしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体になって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。