

健康管理手帳更新・再交付申請書

帳票種別

37231

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
9令和 □□□□□□□□

④現在の健康管理手帳番号

西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号
□□□□□□□□□□□□□□□□□□

職員登録欄

健康管理手帳の 更新・再交付 を申請します。

労働局长 殿

(〒 —————)

申請者の 住 所 _____ (TEL ————— ————— —————)

フリガナ _____

氏 名 _____

※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。

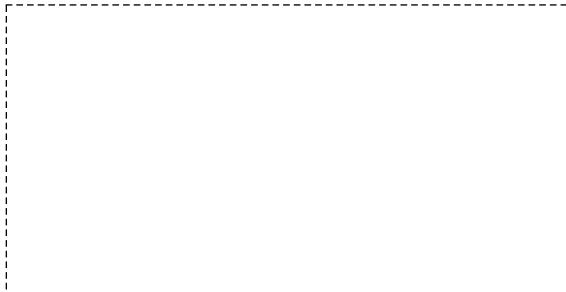
- イ. 健康管理手帳を紛失したため
 ロ. 健康管理手帳を汚損したため
 ハ. アフターケア記録欄がなくなったため
 ニ. その他（具体的に書いてください）

(

)

備 考

受付印



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らって、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。