実施要領様式第2号

健康管理手帳交付申請書

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ		リ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	゛
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	°
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。

（例）

カ	゛	ハ°

帳票種別 3 7 2 1 0

①管轄局 □□

※②受付年月日 9令和（元号 年 月 日） □□ □□ □□

③労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
□□	□	□□	□□□□□□	□□□

④生年月日（1明治 3大正 5昭和 7平成 9令和）（元号 年 月 日） □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□

1～9年は右へ　1～9月は右へ　1～9日は右へ

⑤傷病年月日（5昭和 7平成 9令和）（元号 年 月 日） □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□

⑥年金証書番号

管轄局	種別	西暦年	番号
□□	□	□□	□□□□

⑦対象傷病コード □□

⑧性別 □ 1男 3女

⑨対象者氏名（カナ）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

姓と名の間は1字あけて記入して下さい

⑩対象者氏名（漢字）

□□□□□□□□□□

姓と名の間は1字あけて記入して下さい

⑪郵便番号 □□□－□□□□

⑫都道府県コード □□

⑬住所（漢字）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑭(続き)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑮(続き)

□□□□□□□□□□

⑯住所（カナ）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑰(続き)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑱(続き)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

⑲電話番号

□□□□□□□□□□□□□□□

⑳業通別 □ 1業務災害 3通勤災害

※㉑業種別 □□□□

※㉒管轄局署 □□□□

㉓治ゆ年月日（5昭和 7平成 9令和）（元号 年 月 日） □□ □□ □□ □□

※印の欄は記入しないでください

受付印

備考

労働局長　殿　　年　月　日

申請者の

（〒　－　）

住所

（電話　－　－　）

フリガナ

氏名

印

（記名押印または署名）