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 37210

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