



様式第八号から様式第十六号まで中「長」を「令」に改める。  
(戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)  
第二十九条 戦没者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則(昭和三十八年厚生省令第十三号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号表面を次のように改める。

様式第一号

(表面)

戦没者等の妻に対する特別給付金請求書										1 ー	
戦 没 者 等	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和						
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日						
	① も と の 身 分				死 亡 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和					
	② 除籍時の本籍等	都 道 府 県									
③ 請 求 者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和						
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日						
	住 所	〒 都 道 府 県									
④ 被相続人	フリガナ			死 亡 年 月 日	1 平成 2 令和						
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日						
⑤ 代理人等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	氏 名	(姓)	(名)								
	住 所	〒 都 道 府 県									
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名											
⑥ 国債の償還金の希望支払場所	名 称				所在地	都 道 府 県 市 区 町 村					
戦没者等の妻が受けている給付の種別	※ 01 公務扶助料	21 遺族給与金	33 日本鉄道共済組合殉職年金								
	02 特例扶助料	31 旧令共済組合殉職年金	34 日本電信電話共済組合殉職年金								
	11 遺族年金	32 郵政省共済組合殉職年金									
これまで戦没者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別				※ 1 受けた 2 受けない							
⑦これまで戦没者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合											
第 回特別給付金国庫債券 号	裁定通知書 記号番号	第 号	請 求 当 時 所 住 所	都 道 府 県		市 区 町 村					
上記により、「戦没者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日				電話							
厚生労働大臣 裁定都道府県知事 殿				氏名				印			

(市区町村使用欄)

国債交付取扱店名

様式第一号の二表面を次のように改める。

様式第一号の二 (表面)

戦没者等の妻に対する特別給付金請求書										1 -	
戦没者等	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和						
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日						
	① も と の 身 分				死 亡 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和					
	② 除籍時の本籍等	都 道 府 県									
③ 請求者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和						
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日						
				個人番号							
	住 所	〒 都 道 府 県									
④ 被相続人	フリガナ			死 亡 年 月 日	1 平成 年 月 日						
	氏 名	(姓)	(名)		2 令和						
⑤ 代理人等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	氏 名	(姓)	(名)								
	住 所	〒 都 道 府 県									
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名											
⑥ 国債の償還金の希望支払場所	名 称				所在地	都 道 府 県 市 区 町 村					
戦没者等の妻が受けている給付の種別	※ 01 公務扶助料	21 遺族給与金	33 日本鉄道共済組合殉職年金								
	02 特例扶助料	31 旧令共済組合殉職年金	34 日本電信電話共済組合殉職年金								
	11 遺族年金	32 郵政省共済組合殉職年金									
⑦ これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別											
※ 1 受けた	第 回特別給付金国庫債券	号	裁 定 通 知 書 記 号 番 号	第 号	請 求 当 時 の 住 所	都 道 府 県 市 区 町 村					
2 受けない	戦傷病者等が受けていた給付の種別			※ 01 増加恩給	11 障害年金						
				02 傷病年金	12 障害一時金						
				03 特例傷病恩給	31 旧令共済組合公務傷病年金						
				04 傷病賜金	41 その他 ( )						
上記により、「戦没者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日 電話											
厚生労働大臣 殿 氏名 (印)											
裁定都道府県知事											
(市区町村使用欄)											
国債交付取扱店名											

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第3号の3(1) (第6条関係)

療 養 券 (病院・診療所用)									
公費負担者番号								認 定 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								昭和 平成 年 月 日 令和	
戦 傷 病 者	氏 名					生年月日		明治 大正 年 月 日 昭和	
	現 住 所								
療養を必要とする傷病名									
療 養 を 認 め る 期 間		令和	年	月	日から			(入 院 ) (入院外)	
療養を受けよう とする医療機関 (病院・診療所)		所在地							
		名 称							
上記のとおり決定する。  令和 年 月 日  都道府県知事 氏 名 印									

様式第二号及び様式第三号中「**平成**」を「**令和**」に改める。  
(戦傷病者特別援護法施行規則の一部改正)  
第三十条 戦傷病者特別援護法施行規則(昭和三十八年厚生省令第四十六号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号から様式第三号の二まで中「**平成**」を「**令和**」に改める。  
様式第三号の三(一)を次のように改める。

## 注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事)提起することができます(なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第3号の3(2) (第6条関係)

様式第3号の三(二)を次のように改める。

療養券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用)									
公費負担者番号								認 定 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								昭和 平成 令和 年 月 日	
戦 傷 病 者	氏 名					生年月日		明治 大正 昭和 年 月 日	
	現 住 所								
療 養 を 認 め る 期 間		令和 令和		年 年		月 月		日  から 日  まで	
療養を受けよう とする医療機関 (指定訪問看護 事業者・指定居宅 サービス事業者・ 指定介護予防サ ービス事業者)名									
訪問看護ステー ション・居 宅 サービス事業所 ・介護予防サ ービス事業所		所在地							
		名 称							
療養を受けよう とする医療機関 (病院・診療所)		所在地							
		名 称							
上記のとおり決定する。  令和 年 月 日  都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">印</span>									

注意

1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。

2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第3号の3(3) (第6条関係)

様式第3号の三(三)を次のように改める。

療 養 券 ( 薬 局 用 )					
公費負担者番号					認 定 年 月 日
公費負担医療の 受 給 者 番 号					昭和 平成 年 月 日 令和
戦 傷 病 者	氏 名				生年月日 明治 大正 年 月 日 昭和
	現 住 所				
療 養 を 認 め る 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
療養を受けよう とする医療機関 (薬局)		所在地			
		名 称			
療養を受けよう とする医療機関 (病院・診療所)		所在地			
		名 称			
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">印</span></p>					

## 注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第14号(1) (第13条関係)

様式第十号から様式第十三号まで中「五五」を「令五」に改める。  
様式第十四号(一)を次のように改める。

更生医療券（病院・診療所用）									
公費負担者番号								交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								平成 令和 年 月 日	
戦 傷 病 者	氏 名					生年月日		明治 大正 年 月 日 昭和	
	現 住 所					職 業		現 職	
								希望職業	
	原傷病名								
	現在の障害部 位及び程度								
医療の具体的方 針		入 院 入院外							
指定医療機関(病 院・診療所)名				指定医療機関(病院 ・診療所)所在地					
医 療 費 概 算 額				診 療 予 定 期 間				有効 期間	自 月 日 至 月 日
上記のとおり決定する。  令和 年 月 日  都道府県知事 氏 名 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">印</span>									

注意

1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。

2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第14号(2) (第13条関係)

様式第十四号(二)を次のように改める。

更生医療券 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者用)							
公費負担者番号						交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号						平成 令和 年 月 日	
戦 傷 病 者	氏 名					生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	現 住 所						
訪問看護の具体的方針							
指定医療機関(指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者)名							
訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所名						訪問看護ステーション・居宅サービス事業所・介護予防サービス事業所所在地	
指定医療機関(病院・診療所)名						有 効 期 間	自 月 日 至 月 日
上記のとおり決定する。							
令和 年 月 日							
都道府県知事 氏 名 印							

## 注意

- この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事)提起することができます(なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十四号 (三) を次のように改める。

様式第14号(3) (第13条関係)

更生医療券 (薬局用)									
公費負担者番号								交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								平成 年 月 日 令和	
戦 傷 病 者	氏 名					生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
	現 住 所								
指 定 医 療 機 関 (薬局)名						指定医療機関 (薬局)所在地			
指 定 医 療 機 関 (病院・診療所) 名						有 効 期 間	自 月 日 至 月 日		
上記のとおり決定する。  令和 年 月 日  都道府県知事 氏 名 印									

注意

1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。

2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十九号中「平成」を「令和」に改める。

様式第十五号から様式第十七号まで中「本居」を「ひき」に改める。  
様式第十八号を次のように改める。

様式第18号（附則第4項関係）

療養給付認定票交付請求書			
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
氏 名			
本 籍		現 住 所	
もとの身分		復員年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
負傷又は疾病 の名称		負傷又は疾 病の発生年 月	昭和 平成 令和 年 月 日
負傷又は疾病 の発生した場 所		療養の給付 を必要とす る期間	令和 年 月 日から（入院） 令和 年 月 日まで（入院外）
療養の給付を 受けようとする医療機関の 名称及び所在地			
<p>戦傷病者特別援護法附則第11項の規定により療養の給付を受けたく、関係書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>都道府県知事 殿</p>			

注意 最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則の一部改正)  
第三十一条 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則(昭和三十九年厚生省令第三十八号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号(第一条関係)

(表 面)

※※ 第 号		※市区町村 令和 . . . 提出 第 号		※市区町村 令和 . . . 再提出 第 号	
※※ 市区町村 令和 . . . 受付年月日		特別児童扶養手当認定請求書		あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について	
① ふりがな氏名・性別		② 男 女	明治 大正 昭和 平成 令和	③ 個人番号	④ ある・ない 配偶者の有無
⑤ 住 所		TEL ( )		⑥ 支払希望金融機関	名 称 口 番 号 座 号
⑦ 職業又は勤務先名 TEL ( )		⑧ 勤務先所在地		⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	
⑩ 支給対象障害児の氏名 (生 年 月 日)		〔平成 年 月 日生〕		〔平成 年 月 日生〕	
⑪ 個人番号					
⑫ 請求者の続柄 (同居・別居の別)		(同 居 ・ 別 居)		(同 居 ・ 別 居)	
⑬ 父 の 氏 名					
⑭ 母 の 氏 名					
⑮ 障害による年金の受給状況		支給されている 種類 ( )		支給されている 種類 ( )	
⑯ 身体障害者手帳の番号及び障害等級					
⑰ 障 害 名					
⑱ 障 害 名					
※※ 認定(支給停止)・却下		支給開始年月	対象障害児数	手 当 月 額	支払期別金額
		(1 級) 人	円 12 月	円 4 月	円 8 月
		(2 級) 人	円 12 月	円 4 月	円 8 月
		第 号	第 号	第 号	第 号
※※ 裏面の注意をよく読んで記入してください。※、※※の欄は記入する必要があります。字は楷書ではっきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。		(日本工業規格A列4番)			

様式第三号（表面）中「市役所」を「市役所」に改める。  
様式第四号（表面）を次のように改める。

様式第四号(第二条関係)

(表 面)

※※第 号							
※経 由 市町村名		市区町村 受付年月日		令和 . .			
市区町村 提 出		令和 . . 第 号		市区町村 再 提 出		令和 . . 第 号	
特 別 児 童 扶 養 手 当 額 改 定 請 求 書							
あ と な に た つ の い こ て	①(ふりがな) 氏 名			②証 書 の 記号・番号	第 号		
	③住所			④個人番号			
障 害 児 の こ と に つ い て	⑤支給対象障害児の氏名 (生年月日)	〔 平成 年 月 日生 〕		〔 平成 年 月 日生 〕			
	⑥個人番号						
	⑦請求者との続柄 (同居・別居の別)						
	⑧父の氏名						
	⑨母の氏名						
	⑩障害による年金の受給状 況	支給されている } 種類 ( ) 支給停止 申請中 支給されていない		支給されている } 種類 ( ) 支給停止 申請中 支給されていない			
	⑪身体障害者手帳の番号及 び障害等級						
⑫障害名							
関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 知事 氏 名 ⑩ 市長 殿							
※※ 改定・却下	改定年月	対象障害児数	証書	作成・改訂	令和 . . 第 号		
	年 月	(1級) 人 (2級) 人					

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。  
記名押印に代えて証明することができます。

(日本工業規格 A列4番)



様式第五号（表面）を次のように改める。

様式第五号(第三条関係)

(表 面)

※※第 号			
※経 由 市区町村名		※市区町村 受付年月日 令和 . .	
※市区町村 提 出 第 号		※市区町村 再 提 出 第 号	
特 別 児 童 扶 養 手 当 額 改 定 届			
( ふ り が な ) 受 給 者 の 氏 名	証 書 の 記号・番号		第 号
受給者の住所	個人番号		
支給対象障害児でなくなった障害児又は障害の 程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月 日	改定の理由	理由の発生した年月日	
〔 平成 年 月 日生 令和 〕	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和 年 月 日	
〔 平成 年 月 日生 令和 〕	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和 年 月 日	
上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。			
令和 年 月 日			
氏 名 ㊞			
知事 殿			
市長			
改定年月	対象障害児数	証書作成・改訂	
※※ 年 月	(1級) 人	令和 . . 第 号	
	(2級) 人		

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではつきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

(日本工業規格 A列4番)

## 様式第六号(第四条関係)

様式第六号(表面)を次のように改める。

※※整理番号 第 号		※市区町村 受付年月日 令和 . .		※市区町村提出 令和 . .				
特 別 児 童 扶 養 手 当 所 得 状 況 届 (令和 年分)								
①証書記号・番号 第 号		②氏名		③住所				
④個人番号		⑤受 給 者		⑥配 偶 者		⑦ 扶 養 義 務 者		
氏 名								
⑧個人番号								
⑨控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち 老人扶養親族の数(受給者については、①老 人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計 数、②特定扶養親族の数、③16歳以上19歳 未満の控除対象扶養親族の数))		(① 人 ② 人 ③ 人)		( 人)		( 人)		
⑩⑨以外で前年の12月31日において受給者に よって生計を維持していた児童		人						
⑪所 得 額		円 ※円		円 ※円		円 ※円		
控 除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である控除 対象配偶者及び扶養親族の数	人 円		人 円		人 円		
	⑬特別障害者である控除対象配偶者及び 扶養親族の数	人 円		人 円		人 円		
	⑭障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦 の特例・勤労学生の特例	障・特障・寡・ 寡特・勤		障・特障・勤		障・特障・寡・ 寡特・勤		
	⑮	円 円		円 円		円 円		
	⑯社会保険料等相当額	円 円		円 円		円 円		
⑰ 控 除 後 の 所 得 額		円		円		円		
⑱本年8月1日における支給対象 障害児の状況		障害児 氏 名	続 柄	生 年 月 日		同居別 居の別	在 学 学校名	学 年
				平成・令和 . .		同居 別居		
				平成・令和 . .		同居 別居		
				平成・令和 . .		同居 別居		
				平成・令和 . .		同居 別居		
				平成・令和 . .		同居 別居		
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 令和 年 月 日 知 事 殿 氏名 ㊟ 市 長								
※ 審 査	⑤～⑰欄の 記載事項			⑱の欄及びその他の欄 の記載事項				
	上記のとおり、相違ありません。 令和 年 月 日 市区町村長 ㊟							
※※ 所得制限額 以上・未満								

○裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。記名押印に代えて証明することができます。

(日本工業規格 A列4番)

様式第八号から第十五号まで中「平成」を「令和」に改める。  
様式第十六号を次のように改める。

様式第十六号 (第三十条関係)

第 号

督 促 状		
令和 年度	厚生労働省所管	一 般 会 計
昭和		
平成 年 月分から		
令和	特別児童扶養手当返納金	円
昭和		
平成 年 月分まで		
令和		
指定期限 納付場所	令和 年 月 日限り	

上記のとおり納付して下さい。  
指定期限までに完納されないときは、納期限（令和 年 月 日）の翌日から、法律に定める金額の延滞金を加算して徴収  
します。  
指定期限を過ぎても完納されないときは、財産差押えの処分をすることがあります。

令和 年 月 日

歳入徴収官の官職氏名

(印)

用紙の大きさは、はがき大とすること。



様式第二号(1) (表面) を次のように改める。

様式第2号 (第3条関係) (1) (表面)

雇用保険被保険者休業票-1

交付番号( )

交付年月日

帳票種別

1020

※修正項目番号

※①安定所番号

②被保険者番号

③被保険者となった年月日

④休業年月日の前日

⑤被保険者種類・区分

⑥再交付表示

〔1 再交付〕

—

休業者氏名

性別

〔1 男  
2 女〕

生年月日 (元号—年月日)

〔2 大正  
3 昭和  
4 平成  
5 令和〕

喪失原因

〔1 又(は)9 一般  
4 又(は)5 高年齢  
2 又(は)3 短期  
11 高年齢  
(65歳以上)〕

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類

※

⑦受給資格等決定年月日

年 月 日

⑧認定日  
(一般)

— 月 — 日

⑨認定予定月日  
(高年齢・特例)

月 日

⑩賃金日額(区分一日額又は総額)

— 千 百 万 千 百 十 円

⑪所定給付日数の決定に係る対象者区分

⑫休業区分

3

⑬特殊表示区分又は激甚指定期限日

修正欄

⑭番号複数取得チャエック不要  
チャエック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合に「1」を記入すること。

基本手当 等級・日額  
( ) 等級 ( ) 円  
所定給付日数 ( ) 日  
支給番号 ( )

備考

公共職業安定所長 ㊟

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

受給者証 資格領印	
--------------	--



## 様式第一号（第一条関係）

（表面）

第三十三条（戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則の一部改正）  
戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法施行規則（昭和四十年厚生省令第二十七号）の一部を次のように改正する。  
様式第一号表面を次のように改める。

戦没者等の遺族に対する特別弔慰金請求書										4 - 6 0	
戦 没 者 等	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日			
	もとの身分				死亡年月日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日		
	除籍時の 本 籍 等	都道府県									
請 求 者	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	戦没者等 との続柄				個人番号						
	住 所	〒 都道府県									
被 相 続 人	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	死亡年月日	1 平成 2 令和	年	月	日			
	氏 名	(姓)	(名)	戦没者等 との続柄							
	フリガナ 氏 名	(姓)	(名)	区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
代 理 人 等	住 所	〒 都道府県									
	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名										
国債の償還金の 希 望 支 払 場 所	名称				所在地	都道府県		市区町村			
前 回 の 特別弔慰金受給者	氏名				戦没者等 との続柄	裁定通知書 の記号及び 番号(額面)	第 号				
	請求時の 住所	都道府県					※ ( 1 40万 ・ 2 24万)				
平成21年4月1日 から平成27年3月31日 までの間に年金給 付の受給者が失権 した場合	受給者の 氏 名				証書の記号 及び番号	第 号					
	戦没者等 との続柄				失権の 年月日 及び事由	平成 年 月 日 ※ 1 死亡 2 その他( )					
上記により、「戦没者等の遺族に対する特別弔慰金支給法」の特別弔慰金を請求します。											
令和 年 月 日 電話											
厚生労働大臣 殿 氏名 (印)											
裁定都道府県知事											

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

（自治体使用欄）

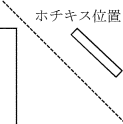
国債交付取扱店名					
弔慰金の受給者	氏 名		戦没者等 との続柄		裁定通知書の記号 及び番号

（A列4番）



厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------



様式第一号の二から様式第三号まで中「本号」を「号」に改める。  
(理学療法士及び作業療法士法施行規則の一部改正)  
第三十四条 理学療法士及び作業療法士法施行規則(昭和四十年厚生省令第四十七号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号及び様式第二号を次のように改める。  
様式第一号(第一条の三関係)

理学療法士(作業療法士)免許申請書

受験地コード					
受験番号					

平成		年		月	施行	第		回	理学療法士(作業療法士)	受験地		
令和									国家試験合格			

(理学療法士及び作業療法士法附則第2項の規定により免許を受けようとする者にあつては、免許を得た国名及び年月日並びにその免許の種類)

- 1 ～ 4 の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。
1. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
2. 理学療法士(作業療法士)の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)  
有・無 \_\_\_\_\_
3. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)  
有・無 \_\_\_\_\_
4. 旧姓併記の希望の有無。  
有・無 \_\_\_\_\_

上記により、理学療法士(作業療法士)免許を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
電話	( )

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦					年		月		日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	---	--	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

ホチキス位置

様式第二号（第三条、  
第五条関係）

厚生労働省記入欄	登録番号	
	訂正書換え 年 月 日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

## 理学療法士（作業療法士）名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録番号	第										号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前	変 更 後（第 1 回）	変 更 後（第 2 回）
コード番号			
本 籍 ( 国 籍 )	都 道 府 県	都 道 府 県	都 道 府 県
ふ り が な	(氏) (名)	(氏) (名)	(氏) (名)
氏 名			
	(旧姓)	(旧姓)	(旧姓)
旧姓併記の希望		有 ・ 無	有 ・ 無
通 称 名			
生 年 月 日	大 昭 平 令 西 正 和 成 和 暦 年 月 日	大 昭 平 令 西 正 和 成 和 暦 年 月 日	
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	
変 更 の 事 由			

上記により、理学療法士（作業療法士）名簿訂正・免許証書換え交付を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住 所	〒 都 道 府 県
氏 名	電 話 ( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都 道 府 県 の 受 付 印	保 健 所 の 受 付 印
	都道府県 コード	

厚生労働省記入欄	登録番号	
	再交付 年 月 日	

収入印紙欄  
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第四号を次のように改める。  
様式第四号(第六条関係)

理学療法士（作業療法士）免許証再交付申請書

登録番号	第										号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
通称名		

性別	男
	女

生年月日	大 昭 平 令 西	正 和 成 和 暦								年			月			日
------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

免許取得 資格	昭 平 令	和 成 和			年			月	施行第			回理学療法士（作業療法士） 試験合格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)											

上記の理学療法士（作業療法士）免許証を（き損・亡失）したので、  
関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所	〒 都道府県				
氏名		印		電話	( )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

第三十五条 (母子保健法施行規則の一部改正)  
様式第一号(一)及び様式第一号(二)を次のように改める。  
様式第五号及び様式第六号中「平成」を「令和」に改める。  
(母子保健法施行規則の一部改正)  
昭和四十年厚生省令第五十五号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(一)(第九条関係)

養育医療券(病院・診療所用)									
公費負担者番号								交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								令 和 年 月 日	
被保険者証等の 記 号 及 び 番 号				保険者等の名称					
受 療 者	氏 名								
	生年月日		平成 令和 年 月 日				男 ・ 女		
申 請 者	氏 名								
	生年月日		大正 昭和 平成 令和 年 月 日				受 療 者 との 続 柄		
	住 所						職 業		
指定養育医療機 関 (病院・診療所)	名 称								
	所 在 地								
診 療 予 定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
この券の有効期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日  市町村長 氏 名印									

(日本工業規格A列5番)

様式第三号中「平成」を「令和」に改める。

様式第一号(二)(第九条関係)

養育医療券(薬局用)									
公費負担者番号								交 付 年 月 日	
公費負担医療の 受 給 者 番 号								令和 年 月 日	
被保険者証等の 記 号 及 び 番 号					保険者等の名称				
受 療 者		氏 名							
		生年月日	平成 令和	年	月	日	男 ・ 女		
申 請 者		氏 名							
		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	受療者 との続 柄		
		住 所				職 業			
指定養育医療 機関	薬 局	名 称 所 在 地							
	病院・ 診療所	名 称 所 在 地							
調 剤 予 定 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
この券の有効期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
<div>上記のとおり決定する。 令和 年 月 日</div> <div>市町村長 氏</div> <div>名印</div>									

(日本工業規格A列5番)

第三十六條 戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正  
様式第一号 戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法施行規則（昭和四十一年厚生省令第二十二号）の一部を次のように改正する。

様式第一号

(表面)

戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書						2 - 28	
戦 傷 病 者 等	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和		
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日		
	① もとの身分						
	② 退職時の本籍等	都 道 府 県					
者 等	③ 平成28年4月1日において受けていた年金等又は受けたことがある一時金等の種別	※ 01 増加恩給 02 傷病年金 03 特例傷病恩給 04 傷病賜金		11 障害年金 12 障害一時金 31 旧令共済組合公務傷病年金 41 その他 ( )			
	④ 平成28年4月1日における障害の程度			項 症 証 書 記 号 番 号			
⑤ 請 求 者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和		
	氏 名	(姓)	(名)	個人番号			
	住 所	〒 都 道 府 県					
	これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別			※ 1 受けた 2 受けない			
	⑥ これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合						
	第 回特別給付金国庫債券 号	裁 定 通 知 書 記 号 番 号	第 号	請 求 当 時 の 住 所	都 道 府 県	市 区 町 村	
⑧ 被 相 続 人	フリガナ			死 亡 年 月 日	1 平成 2 令和		
	氏 名	(姓)	(名)		年 月 日		
⑨ 代 理 人 等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等		
	氏 名	(姓)	(名)				
住 所 〒 都 道 府 県							
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名							
⑩ 国債の償還金の希望支払場所	名 称			所在地	都 道 府 県	市 区 町 村	
上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。							
令和 年 月 日				電話			
厚 生 労 働 大 臣 裁 定 都 道 府 県 知 事 殿				氏 名 (印)			

(市区町村使用欄)

国債交付取扱店名

様式第一号及び様式第三号中「平成」を「令和」に改める。

様式第一号の二 (表面)

様式第一号の二表面を次のように改める。

戦傷病者等の妻に対する特別給付金請求書										2 - 13		
戦傷病者等	フリガナ			生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日							
	氏名	(姓)	(名)									
	① もとの身分				死亡年月日	1 平成 2 令和 年 月 日						
	② 退職時の本籍等	都道府県										
	③ 受けていた年金等又は受けたことがある一時金等の種別	※ 01 増加恩給 02 傷病年金 03 特例傷病恩給 04 傷病賜金			11 障害年金 12 障害一時金 31 旧令共済組合公務傷病年金 41 その他 ( )							
④ 請求者	フリガナ			生年月日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日							
	氏名	(姓)	(名)	個人番号								
	住所	〒 都道府県										
	これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けたか受けないかの別				※ 1 受けた 2 受けない							
	⑤ これまで戦傷病者等の妻に対する特別給付金国庫債券を受けた場合											
	第 回特別給付金国庫債券 号	裁定通知書 記号番号	第 号	請求当時の住所	都道府県 市区町村							
	⑥ 欠格事由 (裏面6参照) に該当するか			※ 1 該当する 2 該当しない								
⑦ 被相続人	フリガナ			死亡年月日	1 平成 2 令和 年 月 日							
⑧ 代理人等	フリガナ			区分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等							
	氏名	(姓)	(名)									
	住所	〒 都道府県										
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名												
⑨ 国債の償還金の希望支払場所	名称				所在地	都道府県			市区町村			
上記により、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。												
令和 年 月 日 電話												
厚生労働大臣 殿 氏名 (印)												
裁定都道府県知事												

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

(市区町村使用欄)

国債交付取扱店名	
----------	--

(労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則の一部改正)  
第三十七条 労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則(昭和四十一年労働省令第二十三号)の一部を次のように改正する。  
様式第一号及び様式第二号中「平成」を「令和」に改める。  
様式第五号(第一画)を次のように改める。  
(様式第五号)(第一画)

①計画期間:令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

雇用促進計画 ー 1

番号 (1.したる 事業所)	事業所の名称	事業所の所在地	雇用保険適用 事業所番号	②労働者の数 (計画期間の初日 の前日)	④うち雇用保険 一般被保険者数 (計画期間の初日 の前日)		⑤うち使用人兼 役員及び役員 終了日において政 令制被保険者であ る者の数	⑥労働者の 数 (計画期間の 終了日)	⑦うち雇用保険 一般被保険者数 (計画期間の終了 日)	⑧うち使用人兼 役員及び役員 終了日において政 令制被保険者の 数	⑨労働者増加数 (⑥-②)	⑩うち雇用保険 一般被保険者 増加数 (⑦-③)	⑪⑩-④-⑤- ⑧	⑫過去2年間 の事業主割合 の増減の有無	事業所の廃止 又は新設	事業所の廃止 又は新設を 行った日
					③労働者の数 (計画期間の初日 の前日)	④うち使用人兼 役員及び役員 終了日において政 令制被保険者の 数										
2.00E+00														有・無	廃止・新設	月 日
3.00E+00														有・無	廃止・新設	月 日
4.00E+00														有・無	廃止・新設	月 日
計				③	⑤	⑦	⑨	⑩	⑬	⑭	⑮	⑯-1 ⑯-2				

⑫ 他の法令に基づく労働者の雇入れを促進するための計画を作成しているか否か。

計画の名称 ( )  
□はい □いいえ  
計画の期間 (令和 年 月 日から令和 年 月 日まで) のうち  
期目  
※当該計画の対象となっている事業所については、「番号」の欄に○を付してください。  
※当該計画及び当該計画の期間における労働者の増加数等が分かる書類を添付してください。

⑬ ⑫の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者(雇用保険一般被保険者に限る。)の数(その数が⑫-2欄の数より大きい場合にあつては0)の合計数……………  
ア 労働契約法(平成19年法律第128号)第17条第1項に規定する有期労働契約以外の労働契約を締結していること。  
イ 短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律(平成5年法律第76号)第2条に規定する短時間労働者でないこと。

⑭ ⑫-1欄の数又は⑫-2欄の数のいずれか少ない数……………  
⑮ ⑫の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者(雇用保険一般被保険者に限る。)の合計数(ただし、⑮欄の数が上限)……………  
⑯ ⑫の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者(雇用保険一般被保険者に限る。)のうち⑮欄に掲げるア及びイの要件に該当する者の合計数(ただし、⑮欄の数が上限)……………  
⑰ ⑮欄の数から⑮欄の数を控除した数のうち、⑮欄の数の4割に達するまでの数……………  
⑱ ⑮欄の数から⑮欄の数を控除した数……………

※⑮欄、⑯欄、⑰～⑲欄及び⑳～㉑欄は、計画期間の終期に記入

＜計画開始時＞  
労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第8条に基づき、雇用促進計画を提出いたします。

計画開始時受付印

個人事業主氏名又は 法人名(代表者氏名)	年 月 日	氏 名	電 話 番 号
所 在 地		⑳	
担当者名及び連絡先			

＜計画終了時＞  
労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第8条に基づき、雇用促進計画の達成状況について記載した書類を提出いたします。

個人事業主氏名又は 法人名(代表者氏名)	年 月 日	氏 名	電 話 番 号
所 在 地		㉑	
担当者名及び連絡先			

計画終了時確認印

※受付公共職業安定所名



第三十八条 (戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則の一部改正)  
戦没者の父母等に対する特別給付金支給法施行規則 (昭和四十二年厚生省令第二十二号) の一部を次のように改正する。  
様式第一号表面を次のように改める。

様式第一号 (第 1 条関係)  
(表面)

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書												3-03	
戦 没 者 等	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 明 治 2 大 正 3 昭 和 年 月 日								
	もとの身分			死 亡 年 月 日	※ 1 昭 和 2 平 成 3 令 和 年 月 日								
	除籍時の 本 籍 等												
請 求 者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日			※ 1 明 治 2 大 正 3 昭 和 4 平 成 5 令 和 年 月 日						
				戦没者等との続柄									
	フリガナ 住 所												
	個 人 番 号												
被 相 続 人	フリガナ 氏 名			死 亡 年 月 日			※ 1 昭 和 2 平 成 3 令 和 年 月 日						
				戦没者等との続柄									
代 理 人 等	フリガナ 氏 名			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等								
	フリガナ 住 所												
	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名												
国 債 受 領 希 望 取 扱 店 名													
フリガナ													
国 債 の 償 還 金 の 希 望 支 払 場 所													
戦没者の父母等 が受けている 給 付 の 種 別		※ 01 公務扶助料 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 02 特例扶助料 21 遺族給与金 33 国鉄共済組合殉職年金 11 遺族年金 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話公社共済組合殉職年金 31 旧令共済組合殉職年金											
受けていない場 合はその理由													
遺族国庫債券 (弔慰金) を受 けた者がいるかないかの別		※ 1 いる 2 いない		受けた者の氏名及び戦没者等との続柄									
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 電話 _____ 厚生労働大臣 氏名 _____ 印 知事 殿													

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第一号の二（第 1 条関係）  
（表面）

様式第一号の二表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（継続）										3-05	
戦 没 者 等	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日			
	もとの身分			死 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
	除籍時の 本 籍 等										
請 求 者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
				戦没者等との続柄							
	フリガナ 住 所										
	個 人 番 号										
被 相 続 人	フリガナ 氏 名			死 亡 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
				戦没者等との続柄							
代 理 人 等	フリガナ 氏 名			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	フリガナ 住 所										
（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名										
	国 債 受 領 希 望 取 扱 店 名										
	フリガナ										
	国 債 の 償 還 金 の 希 望 支 払 場 所										
戦没者の父母等 が受けている 給 付 の 種 別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金	12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金	32 郵政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合 殉職年金								
受けていない場 合はその理由											
第三回特別給付金国庫債 券（額面金額 10 万円）を 受けたか受けないかの別	※ 1 受けた（ 号）	請 求 当 時 の 住 所		都 道 府 県		市 区 町 村					
	2 受けない	そ の 理 由									
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 電話 _____ 氏名 _____ (印) 厚生労働大臣 知事 殿											

様式第一号の三（第1条関係）  
（表面）

様式第一号の三表面を次のように改める。

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（再継続）										3-07	
戦没者等	フリガナ 氏名			生年 月日	※1 2 3	明治 大正 昭和	年	月	日		
	もとの身分			死亡 年月日	※1 2 3	昭和 平成 令和	年	月	日		
	除籍時の 本籍等										
請求者	フリガナ 氏名			生年 月日		※1 2 3 4 5	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	
				戦没者等との続柄							
	フリガナ 住所										
	個人 番号										
被相続人	フリガナ 氏名			死亡 年月日		※1 2 3	昭和 平成 令和	年	月	日	
				戦没者等との続柄							
代理人等	フリガナ 氏名			区 分	※1 代理人      2 親権者等      3 成年後見人等						
	フリガナ 住所										
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名											
国債受領希望取扱店名											
フリガナ											
国債の償還金の希望支払場所											
戦没者の父母等 が受けている 給付の種別	※01 公務扶助料      12 特例遺族年金      32 郵政省共済組合殉職年金 02 特例扶助料      21 遺族給与金      33 国鉄共済組合殉職年金 11 遺族年金      22 特例遺族給与金      34 日本電信電話公社共済組合 31 旧令共済組合殉職年金      殉職年金										
受けていない場 合はその理由											
第五回特別給付金国庫債券（額面金額30万円）を 受けたか受けないかの別	※1 受けた（号）		請求当時の住所		都道府県		市区町村				
	2 受けない		その理由								
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和      年      月      日      電話      _____											
厚生労働大臣      氏名      殿      ⑩ 知事											

様式第一号の四（第 1 条関係）  
（表面）

様式第一号の四表面を次のように改める。

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（再々継続）										3-09			
戦 没 者 等	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日					
	もとの身分			死 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日					
	除籍時の 本 籍 等												
請 求 者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日		※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日				
				戦没者等との続柄									
	フリガナ 住 所												
被 相 続 人	フリガナ 氏 名			死 亡 年 月 日		※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日				
				戦没者等との続柄									
代 理 人 等	フリガナ 氏 名			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等								
	フリガナ 住 所												
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名													
国 債 受 領 希 望 取 扱 店 名													
フリガナ													
国 債 の 償 還 金 の 希 望 支 払 場 所													
戦没者の父母等 が受けている 給 付 の 種 別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金	12 特例遺族年金 21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金	32 郵政省共済組合殉職年金 33 国鉄共済組合殉職年金 34 日本電信電話公社共済組合 殉職年金										
	受けていない場合 はその理由												
第七回特別給付金国庫債券 （額面金額 60 万円）を 受けたか受けないかの別	※ 1 受けた（ 号）	請求当時の住所		都道府県		市区町村							
	2 受けない	その理由											
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。													
令和 年 月 日 電話													
厚生労働大臣 氏名 殿 知事													

様式第一号の五表面を次のように改める。

様式第一号の五（第1条関係）  
(表面)

(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（4回目継続）												3-14			
戦没者等	フリガナ 氏名					生年 月日	※1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日								
	もとの身分					死亡 年月日	※1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日								
	除籍時の 本籍等														
請求者	フリガナ 氏名					生年 月日		※1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日							
						戦没者等との続柄									
	フリガナ 住所								〒 電話						
	個人番号														
被相続人	フリガナ 氏名					死亡 年月日		※1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日							
						戦没者等との続柄									
代理人等	フリガナ 氏名					区分	※1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等								
	フリガナ 住所								〒 電話						
国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名															
国債受領希望取扱店名															
国債の償還金の希望支払場所															
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種類別		※01 公務扶助料 21 遺族給与金 33 国鉄共済組合殉職年金 02 特例扶助料 22 特例遺族給与金 34 日本電信電話共済組合 11 遺族年金 31 旧令共済組合殉職年金 殉職年金 12 特例遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 00 受けていない													
第九回特別給付金国庫債券（額面金額60万円）を受けたか受けないかの別		※1 受けた（号） 2 受けない		受けた場合の請求当時の住所				都道府県		市区町村					
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 氏名 ⑨ 厚生労働大臣 知事 殿															

様式第一号の六（第 1 条関係）  
（表面）

様式第一号の六表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（5 回目継続）										3 - 16	
戦 没 者 等	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 2 3	明 治 大 正 昭 和	年	月	日		
	もとの身分			死 年 月 日	※ 1 2 3	昭 和 平 成 令 和	年	月	日		
	除籍時の 本 籍 等										
請 求 者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	※ 1 2 3 4 5	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年	月	日		
				戦没者等との続柄							
	フリガナ 住 所			〒							
	個 人 番 号										
被 相 続 人	フリガナ 氏 名			死亡年月日		1 平成 2 令和 年 月 日					
				戦没者等との続柄							
代 理 人 等	フリガナ 氏 名			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	フリガナ 住 所			〒							
（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名										
	国 債 受 領 希 望 取 扱 店 名										
	フリガナ										
	国 債 の 償 還 金 の 希 望 支 払 場 所										
	戦没者の父母等が受ける給付及び受ける場合の種別	※ 01 公務扶助料 02 特例扶助料 11 遺族年金 12 特例遺族年金 90 受けていない	21 遺族給与金 22 特例遺族給与金 31 旧令共済組合殉職年金 32 郵政省共済組合殉職年金	33 日本鉄道共済組合殉職年金 34 日本電信電話共済組合殉職年金							
第十四回特別給付金国庫債券（額面金額 75 万円）を受け取ったか受け取らないかの別					※ 1 受けた 2 受けない						
上記国庫債券を受けた場合											
裁定通知書の 記号及び番号	第	親 E 裁定 号	国債の記号	号	請求当時の住所						
					都道府県	市区町村					
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日										電話	
厚生労働大臣 知事										氏名 殿	

様式第一号の七（第1条関係）  
(表面)

様式第一号の七表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（6回目継続）												3 - 19	
戦没者等	フリガナ氏名			生年	年	日	※123	明治大昭和	年	月	日		
	もとの身分			死年	年	月	日	※123	昭和平成令和	年	月	日	
	除籍時の本籍等												
請求者	フリガナ氏名			生年	年	日	※12345	明治大昭和平成令和	年	月	日		
	戦没者等との続柄												
	フリガナ住所	〒											
	個人番号												
被相続人	フリガナ氏名			死亡年月日				1平成2令和 年 月 日					
	戦没者等との続柄												
代理人等	フリガナ氏名			区分	※1代理人2親権者等 3成年後見人等								
	フリガナ住所	〒											
(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名												
	国債受領希望取扱店名												
	フリガナ												
	国債の償還金の希望支払場所												
戦没者の父母等が受けていない給付の有無及び受けている場合の給付の種別		※01公務扶助料21遺族給与金33日本鉄道共済組合殉職年金 02特例扶助料22特例遺族給与金 11遺族年金31旧令共済組合殉職年金34日本電信電話共済組合殉職年金 12特例遺族年金32郵政省共済組合殉職年金 90受けていない											
第十六回特別給付金国庫債券（額面金額90万円）を受けなかったか受けないかの別								※1受けた2受けない					
上記国庫債券を受けた場合													
裁定通知書の記号及び番号	第	親F裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所								
					都道府県				市区町村				
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。													
令和 年 月 日 電話													
氏名													
厚生労働大臣 知事 殿													

## 様式第一号の八（第 1 条関係）

（表面）

様式第一号の八表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（7 回目継続）										3 - 21	
戦 没 者 等	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和	年	月	日			
	氏 名			死 年 月 日	※ 1 昭和 2 平成 3 令和	年	月	日			
	①もとの身分										
③ 請 求 者	フリガナ			生 年 月 日	※ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	氏 名			戦没者等との続柄							
	フリガナ									〒	
	住 所										
	個 人 番 号										
④ 被 相 続 人	フリガナ			死亡年月日		1 平成 2 令和		年	月	日	
	氏 名			戦没者等との続柄							
⑤ 代 理 人 等	フリガナ			区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等						
	氏 名										
	フリガナ									〒	
住 所											
国債の受領を市区町村長に委任した場合は その市区町村長名											
⑥ 国債受領希望取扱店名											
フリガナ											
⑦ 国債の償還金の希望支払場所											
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別		※ 01 公務扶助料	21 遺族給与金	33 日本鉄道共済組合殉職年金							
		02 特例扶助料	22 特例遺族給与金	34 日本電信電話共済組合殉職年金							
		11 遺族年金	31 旧令共済組合殉職年金								
		12 特例遺族年金	32 郵政省共済組合殉職年金								
		90 受けていない									
第十九回特別給付金国庫債券（額面金額 100 万円）を 受 け た か 受 け な い か の 別					※ 1 受けた 2 受けない						
上記国庫債券を受けた場合											
裁定通知書の 記号及び番号	第 親 G 裁定 号	国債の記号	号	請 求 当 時 の 住 所							
				都道府県		市区町村					
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。											
令和 年 月 日 電話											
氏名 ④											
厚生労働大臣 知事 殿											

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）



様式第一号の九（第1条関係）

（表面）

様式第一号の九表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（8回目継続）												3-24	
戦没者等	フリガナ氏名			生月	年	日	※1 2 3	明治 昭和	年	月	日		
	①もとの身分			死年月	日		※1 2 3	昭和 平成 令和	年	月	日		
	②除籍時の本籍等												
③請求者	フリガナ氏名			生月	年	日	※1 2 3 4 5	明治 昭和 平成 令和	年	月	日		
	戦没者等との続柄												
	フリガナ住所	〒											
	個人番号												
④被相続人	フリガナ氏名			死亡年月日				1 平成 2 令和	年	月	日		
	戦没者等との続柄												
⑤代理人等	フリガナ氏名			区 分	※ 1 代理人      2 親権者等 3 成年後見人等								
	フリガナ住所	〒											
	国債の受領を市区町村長に委任した場合はその市区町村長名												
⑥ 国債受領希望取扱店名													
フリガナ													
⑦ 国債の償還金の希望支払場所													
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別		※ 01 公務扶助料      21 遺族給与金      33 日本鉄道共済組合殉職年金 02 特例扶助料      22 特例遺族給与金      34 日本電信電話共済組合殉職年金 11 遺族年金      31 旧令共済組合殉職年金 12 特例遺族年金      32 郵政省共済組合殉職年金 90 受けていない											
第二十一回特別給付金国庫債券(額面金額100万円)を受けたか受けないかの別								※ 1 受けた      2 受けない					
上記国庫債券を受けた場合													
裁定通知書の記号及び番号	第	親H裁定号	国債の記号	号	請求当時の住所 都道府県      市区町村								
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和      年      月      日      電話 _____ 氏名 _____ 印 厚生労働大臣 知事      殿													

（裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。）

## 様式第一号の十（第 1 条関係）

（表面）

様式第一号の十表面を次のように改める。

戦没者の父母等に対する特別給付金請求書（9 回目継続）										3－26		
戦 没 者 等	フリガナ	(姓)	(名)	生 年 月 日	※ 1 明 治 年 月 日 2 大 正 3 昭 和							
	①もとの身分				死 年 月 日	※ 1 昭 和 年 月 日 2 平 成 3 令 和						
	②除籍時の本籍等	都 道 府 県										
③ 請 求 者	フリガナ	(姓)	(名)	生 年 月 日			※ 1 明 治 年 月 日 2 大 正 3 昭 和 4 平 成 5 令 和					
	氏 名				戦没者等との続柄							
	住 所	〒 都 道 府 県										
	個 人 番 号											
④被相続人	フリガナ	(姓)	(名)	死亡年月日			1 平 成 年 月 日 2 令 和					
	氏 名				戦没者等との続柄							
⑤代理人等	フリガナ	(姓)	(名)	区 分	※ 1 代理人 2 親権者等 3 成年後見人等							
	氏 名											
	住 所	〒 都 道 府 県										
国債の受領を委任する市区町長等の名称						⑥国債交付取扱店名						
⑦国債の償還金の希望支払場所	名称					所在地	都 道 市 区 府 県 町 村					
戦没者の父母等が受けている給付の有無及び受けている場合の給付の種別		※ 01 公務扶助料 22 特例遺族給与金 02 特例扶助料 31 旧令共済組合殉職年金 11 遺族年金 32 郵政省共済組合殉職年金 12 特例遺族年金 33 日本鉄道共済組合殉職年金 21 遺族給与金 34 日本電信電話共済組合殉職年金 90 受けていない										
第二十四回特別給付金国庫債券(額面金額 100 万円)を受けたか受けないかの別					※ 1 受けた 2 受けない							
上記国庫債券を受けた場合												
記号及び番号	第 親 I 裁定号	国債の記号	号	請 求 当 時 の 住 所 都 道 市 区 府 県 町 村								
上記により、「戦没者の父母等に対する特別給付金支給法」の特別給付金を請求します。 令和 年 月 日 電話 _____ 氏名 _____ ㊞ 厚 生 労 働 大 臣 殿 裁定都道府県知事												

様式第一号から様式第四号まで中「平成」を「令和」に改める。  
(裏面の記載上の注意をよく読んで記載してください。)

様式第十号（表）中「平成」を「令和」に改める。

様式第9号(第14条関係)

事 務 所 増 設 許 可 申 請 書

①社会保険労務士登録番号		第	号
②既設の事務所	所 在 場 所		
	名 称		
	登録年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
③増設予定の事務所	所 在 場 所		
	名 称		
④事務所の増設を必要とする事由			
⑤参 考 事 項			
<p>私は、上記により事務所を増設したいので、事務所増設の許可を申請します。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名                      印</p> <p>都道府県労働局長 殿</p>			

(注意) ⑤については、既設・増設予定事務所の従業者の氏名、職務その他参考事項を記入すること。

備考 用紙の大きさは、A4とする。

(社会保険労務士法施行規則の一部改正)

第三十九条 社会保険労務士法施行規則（昭和四十三年厚生省令第一号）の一部を次のように改正する。

様式第四号、様式第五号及び様式第五号の二中「平成」を「令和」に改める。

様式第九号を次のように改正する。

第四十条 (職業能力開発促進法施行規則の一部改正)  
職業能力開発促進法施行規則(昭和四十四年労働省令第二十四号)の一部を次のように改正する。  
様式第十二号の七及び様式第十二号の八を次のように改める。

様式第十二号の七 (第四十八条の十六関係)

キャリアコンサルタント登録申請書			
キャリアコンサルタントの登録を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第 48 条の 16 第 2 項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。			
記			
フリガナ			1. 大正 2. 昭和 年 月 日 3. 平成 4. 令和
氏 名			
		性 別	1.男 2.女
勤務先	名 称		
	所在地	郵便番号 ( ) 都道 府県 電話番号 ( )	
	自宅住所	郵便番号 ( ) 都道 府県 電話番号 ( )	
試験に合格した年月日			試験合格証書番号
その他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人		
	<input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法(昭和 44 年法律第 64 号。以下「法」という。)又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者		
	<input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者		
	<input type="checkbox"/> 法第 30 条の 22 第 2 項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から 2 年を経過しない者		
厚生労働大臣 年 月 日 殿			
指定登録機関代表者 氏名 印			
収入印紙 (消印しないこと。)			
又は領収証書を貼ること。			

注意

- 1 該当する□は、☑と記入すること。
- 2 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書を貼ること。
- 3 指定登録機関が行うキャリアコンサルタントの登録を受けようとする場合には、所定の手続により手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 4 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 5 この申請書には、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し(試験に合格した年月日から 5 年を経過した日以降に登録申請を行う場合は、キャリアコンサルタント試験の合格証の写し及び講習の修了証又はこれに代わるべき書面)を添えること。

様式第十二号の八（第四十八条の十八関係）

## キャリアコンサルタント登録更新申請書

キャリアコンサルタントの登録の更新を受けたいので、職業能力開発促進法施行規則第 48 条の 18 の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ			生年月日	1. 大正				
氏 名					2. 昭和	年	月	日
					3. 平成			
			性 別	1.男		2.女		
勤 務 先	名 称							
	所在地	郵便番号（ ） 都道 府県  電話番号（ ）						
自宅住所		郵便番号（ ） 都道 府県  電話番号（ ）						
登録年月日			登録番号					
そ の 他	<input type="checkbox"/> 成年被後見人又は被保佐人							
	<input type="checkbox"/> 職業能力開発促進法（昭和 44 年法律第 64 号。以下「法」という。）又は法に基づく命令に違反し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者							
	<input type="checkbox"/> 法又は法に基づく命令以外の法令に違反し、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から 2 年を経過しない者							
	<input type="checkbox"/> 法第 30 条の 22 第 2 項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から 2 年を経過しない者							

厚生労働大臣

年 月 日

殿

指定登録機関代表者

氏名

印

注意

- 1 該当する□は、☒と記入すること。
- 2 用紙の大きさは、A4とすること。
- 3 この申請書には、講習の修了証又はこれに代わるべき書面を添えること。

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)
---------------------------

ホチキス位置

（視能訓練士法施行規則の一部改正）  
第四十一条 視能訓練士法施行規則（昭和四十六年厚生省令第二十八号）の一部を次のように改正する。  
様式第一号及び様式第二号を次のように改める。  
様式第一号（第一条の三関係）

## 視能訓練士免許申請書

平成令和		年	月	施行	第		回視能訓練士国家試験合格	受験地		受験番号									
------	--	---	---	----	---	--	--------------	-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 ～ 4 の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）  
有・無
- 視能訓練士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）  
有・無
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。（有の場合、出願時の本籍又は氏名）  
有・無
- 旧姓併記の希望の有無。  
有・無

上記により、視能訓練士免許を申請します。

年 月 日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒 都道府県
電話	( )

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 西暦									年			月			日
------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	



様式第五号中「カタ」を「カ」に改める。

ホチキス位置

様式第四号（第六条関係）

様式第四号を次のように改める。

厚生労働省記入欄	登 録 番 号		収 入 印 紙 欄 （収入印紙は消印しないで下さい）
	再 交 付 年 月 日		

## 視能訓練士免許証再交付申請書

登 録 番 号	第							号	登録年月日	昭 平 令	和 成 和			年			月			日
---------	---	--	--	--	--	--	--	---	-------	-------------	-------------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

本 ( 国 籍 )	都 道 府 県
--------------	------------

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		
	(旧姓)	
通称名		

性 別	男
	女

生		年		月		日				正和成 大昭平令西曆
---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	---------------

免 許 取 得 資 格	昭和 平成			年			月		施行 第			回 視 能 訓 練 士 試 験 合 格
	(上記試験以外により免許を受けた者にあつては、その資格)											

上記の視能訓練士免許証を（き損・亡失）したので、関係書類を添えて免許証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所	〒 都 道 府 県				
氏 名		印		電 話	(      )

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印		保健所の受付印
		都道府県 コード	



(高年齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則の一部改正)  
**第四十二条** 高年齢者等の雇用の安定等に関する法律施行規則（昭和四十六年労働省令第二十四号）の一部を次のように改正する。  
 様式第一号中「六五」を「六四」に改める。  
 様式第二号を次のように改める。

※事業主は、高齢者等の雇用の安定等に関する法律(昭和46年法律第68号)に基づき、毎年、高齢者の雇用に関する状況を報告しなければならないこととされています。(提出期限毎年7月15日)

様式第3号（第2条、第4条、第7条、第13条関係）（表面）

## 総括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告

80401	労働 保険 番号											ページ	総ページ		
		都道府県	所掌	管 轄	基 幹 番 号					枝番号	被一括事業場番号				
事業場の 名称					事業の種類		衛生 管理者 の 場 合								
事業場の 所在地	郵便番号（ ）						坑内労働又は有害業務（労働基準法施行 規則第18条各号に掲げる業務）に従事 する労働者数 人								
電話 番号	↑ 左に詰めて記入する				労働 者 数		↑ 右に詰めて記入する				計 人				
フリガナ 姓と名の間は1文 字空けること															
被選任者氏名 姓と名の間は1文 字空けること															
選 任 年 月 日	7：平成 9：令和 →	元号	年	月	日	生 年 月 日	1：明治 3：大正 5：昭和 7：平成 9：令和 →	元号	年	月	日	選 任 種 別	1. 総括安全衛生管理者 2. 安全管理者 3. 衛生管理者（4以外の者） 4. 衛生管理者（衛生工学管理担当） 5. 産業医		
・安全管理者又は衛 生管理者の場合は 担当すべき職務						専 属 の 別		1. 専属 2. 非専属		他の事業場に勤務 している場合は、 その勤務先					
・総括安全衛生管 理者又は安全管 理者の場合は経 歴の概要															
・産業医の場合は医 籍番号等		種別↑				医籍番号（右に詰めて記入する）↑									
フリガナ 姓と名の間は1文 字空けること															
前任者氏名 姓と名の間は1文 字空けること															
辞任、解任 等の年月日	7：平成 9：令和 →	元号	年	月	日	参 考 事 項									

（労働安全衛生規則の一部改正）  
第四十三条 労働安全衛生規則（昭和四十七年労働省令第三十二号）の一部を次のように改正する。  
様式第三号を次のように改める。

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

印

受 付 印

様式第 3 号（第 2 条、第 4 条、第 7 条、第 1 3 条関係）（裏面）  
備考

- 1 □□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置（OCIR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄及び記入枠は、空欄のままとする。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入すること。  
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ガ」「パ」等と記入すること。
- 4 二人以上の選任報告を行う場合に「総ページ」の欄は、報告の総合計枚数を記入し、「ページ」の欄は総枚数のうち当該用紙が何枚目かを記入すること。  
なお、2 枚目以降は、「事業場の名称」、「事業の種類」、「事業場の所在地」、「電話番号」、「労働者数」、「坑内労働又は有害業務（労働基準法施行規則第 1 8 条各号に掲げる業務）に従事する労働者数」、「坑内労働又は労働基準法施行規則第 1 8 条第 1 号、第 3 号から第 5 号まで若しくは第 9 号に掲げる業務に従事する労働者数」及び「産業医の場合は、労働安全衛生規則第 1 3 条第 1 項第 2 号に掲げる業務に従事する労働者数」の欄は、記入を要しないこと。
- 5 「事業の種類」の欄は、総括安全衛生管理者の場合は労働安全衛生法施行令第 2 条各号に掲げる業種を、安全管理者の場合は同条第 1 号又は第 2 号に掲げる業種を、衛生管理者又は産業医の場合は日本標準産業分類の中分類により記入すること。
- 6 「電話番号」の欄は、市外局番、市内局番及び番号をそれぞれ「-」（ダッシュ）で区切り記入すること。

- 7 「安全管理者又は衛生管理者の場合は担当すべき職務」の欄は、安全管理者又は衛生管理者ごとに職務区分が分かれている場合はその分担を記入すること。
- 8 「総括安全衛生管理者又は安全管理者の場合は経歴の概要」の欄は、総括安全衛生管理者又は安全管理者の資格に関する学歴、職歴、勤務年数等を記入すること。
- 9 「産業医の場合は医籍番号等」の種別は、別表に掲げる種別の区分に応じて該当コードを記入すること。
- 10 「参考事項」の欄は、次のとおりとすること。  
(1) 初めて総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者又は産業医を選任した場合は「新規選任」と記入すること。  
(2) 安全管理者選任報告にあつては、労働安全衛生規則第 4 条第 1 項第 3 号に規定する事業場である場合は「指定事業場」と記入すること。  
(3) 産業医選任報告にあつては、産業医の専門科名及び開業している場合はその旨を記入すること。
- 11 安全管理者選任報告の場合（労働安全衛生規則第 5 条第 2 号に掲げる者を選任した場合を除く。）は、同条第 1 号の研修その他所定の研修を修了した者であること又は平成 1 8 年 1 0 月 1 日において安全管理者としての経験年数が 2 年以上であることを証する書面（又は写し）を、衛生管理者選任報告の場合は、衛生管理者免許証の写し又は資格を証する書面（又は写し）を、産業医選任報告の場合は、医師免許証の写し及び別表コード 1 から 7 までのいずれかに該当することを証明する書面（又は写し）を、添付すること。
- 12 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。

別表

種 別	コード	種 別	コード
労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であつて厚生労働大臣の指定する者（法人に限る。）が行うものを修了した者	1	大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師の職にあり又はあつた者	4
		労働安全衛生規則第 1 4 条第 2 項第 5 号に規定する者	5
産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であつて厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であつて、その大学が行う実習を履修したもの	2	平成 8 年 1 0 月 1 日以前に厚生労働大臣が定める研修の受講を開始し、これを修了した者	6
		上のいずれにも該当しないが、平成 1 0 年 9 月 3 0 日において産業医としての経験年数が 3 年以上である者	7
労働衛生コンサルタントで試験区分が保健衛生である者	3		

様式第6号(第52条関係)(表面)

## 定期健康診断結果報告書

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">80311</div>	労働 保険 番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>都道府県   所掌</span> <span>管轄</span> <span>基幹番号</span> <span>枝番号</span> <span>被一括事業場番号</span> </div>	
対象年	7：平成 9：令和 → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> </div> ( 月～ 月分) (報告 回目)	健康年月日	7：平成 9：令和 → <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> </div> 1～9年は右↑
事業の種 類	事業場の 名 称		
事業場の所在地	郵便番号( )		
電話 ( )			

健康診断実施機関の名称	在籍労働者数
健康診断実施機関の所在地	受診労働者数

(※) 労働安全衛生規則第13条第1項第2号に掲げる業務に従事する労働者数(右に詰めて記入する)

イ	ロ	ハ	ニ	ホ	
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	
ヘ	ト	チ	リ	ヌ	
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	
ル	ヅ	ヅ	ガ		
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人		

計  
 人

健康診断項目	実施者数	有所見者数	実施者数	有所見者数	
	聴力検査（オージオメーターによる検査）（1000Hz）	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	肝機能検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
	聴力検査（オージオメーターによる検査）（4000Hz）	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	血中脂質検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
	聴力検査（その他の方法による検査）	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	血糖検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
	胸部エックス線検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	尿検査（糖）	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
	咳痰検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	尿検査（蛋白）	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
	血 圧	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	心電図検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人
貧血検査	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人			

所見のあった者の人数	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	医師の指示人数	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 人	歯科健診	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 実施者数	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> 有所見者数
------------	---	---------	---	------	--	---

産業医	氏 名
	所属医療機関の名称及び所在地

印

様式第四号の三及び様式第四号の四中「卡片」を「封套」に改める。  
様式第六号（表面）を次のように改める。

折り曲げる場合は(◀)の所を谷に折り曲げること

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印

印

様式第六号の二（表面）を次のように改める。

心理的な負担の程度を把握するための検査結果等報告書

<div> <div>80501</div> <div>労働 保険 番号</div> </div>		<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>都道府県</div><div>所掌</div><div>管轄</div><div>基幹番号</div><div>枝番号</div><div>被一括事業場番号</div> </div> </div>											
対象年	7:平成 9:令和 → <div> <div>元号</div><div>年</div> <div> <div></div><div></div><div></div> </div> <div> <div>1~9年は右↑</div> </div> </div>												

 検査実施年月 | 7:平成 9:令和 →  元号  年  月    1~9年は右↑  1~9月は右↑ || 事業の種類 |  | 事業場の名称 |  |
| 事業場の所在地 | 郵便番号( ) | | |
|  | 電話 ( ) | | |

		在籍労働者数	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div></div> <div>右に詰めて記入する↑</div> </div>
検査を実施した者	<div> <input type="checkbox"/> <div> 1:事業場選任の産業医  2:事業場所属の医師(1以外の医師に限る。)、  保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師  3:外部委託先の医師、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師 </div> </div>	検査を受けた労働者数	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div></div> <div>右に詰めて記入する↑</div> </div>
面接指導を実施した医師	<div> <input type="checkbox"/> <div> 1:事業場選任の産業医  2:事業場所属の医師（1以外の医師に限る。）  3:外部委託先の医師 </div> </div>	面接指導を受けた労働者数	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div></div> <div>右に詰めて記入する↑</div> </div>
集団ごとの分析の実施の有無	<div> <input type="checkbox"/> <div> 1:検査結果の集団ごとの分析を行った  2:検査結果の集団ごとの分析を行っていない </div> </div>		

産 業 医	氏 名	
	所属医療機関の 名称及び所在地	⑩

労働基準監督署長殿

受 付 印

印

(免許・免許証再交付)  
(免許証書替・免許更新)申請書

写真欄(24mm×30mm)

写真は、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽のものとし、写真の裏面に氏名を記入し、写真欄のシールを取り、はり付けること。

様式第十二号（表面）を次のように改める。

帳 票 種 別		①申請の区分		②新規に申請する免許の種類		③氏 名(姓をカタカナで記入すること。)		④氏 名(名をカタカナで記入すること。)	
84001		1.新規交付 2.再交付 3.書 替 4.更 新		新規に免許を申請する者のみ記入すること。		⑤郵便番号		⑥生年月日	
フリガナ		(姓)		(名)		性 別		⑦性別	
申請者氏名						男・女		⑧住所	
生 年 月 日		明・大・昭・平・令		年 月 日生		電話		⑨送付先希望	
フリガナ								⑩試験を受けた地域の番号	
住 所		〒( )		電話 ( )		⑪試験年月日		⑫受験番号(右につめて記入すること。)	
勤務先等 連絡先		勤務先等 連絡先		〒( ) 電話 ( )		⑬資格取得 年 月 日		⑭資 格 種 別	
③氏 名(姓をカタカナで記入すること。)		④氏 名(名をカタカナで記入すること。)		⑤郵便番号		⑥生年月日		⑦性別	
⑧住所		⑨送付先希望		⑩試験を受けた地域の番号		⑪試験年月日		⑫受験番号(右につめて記入すること。)	
⑬資格取得 年 月 日		⑭資 格 種 別		⑮再交付申請		⑯書 替 申請		⑰更 新 申請	
⑰更 新 申請		⑱免許の種類		⑲交付局		⑳免許証の番号(右につめて記入すること。)		㉑交付年月日	
⑳免許証の番号(右につめて記入すること。)		㉑交付年月日		㉒氏名イメージ		㉓氏名イメージ		㉔氏名イメージ	
㉕氏名イメージ		㉖氏名イメージ		㉗氏名イメージ		㉘氏名イメージ		㉙氏名イメージ	
㉚氏名イメージ		㉛氏名イメージ		㉜氏名イメージ		㉝氏名イメージ		㉞氏名イメージ	
㉟氏名イメージ		㊱氏名イメージ		㊲氏名イメージ		㊳氏名イメージ		㊴氏名イメージ	
㊵氏名イメージ		㊶氏名イメージ		㊷氏名イメージ		㊸氏名イメージ		㊹氏名イメージ	
㊺氏名イメージ		㊻氏名イメージ		㊼氏名イメージ		㊽氏名イメージ		㊾氏名イメージ	
㊿氏名イメージ		㋀氏名イメージ		㋁氏名イメージ		㋂氏名イメージ		㋃氏名イメージ	
㋄氏名イメージ		㋅氏名イメージ		㋆氏名イメージ		㋇氏名イメージ		㋈氏名イメージ	
㋉氏名イメージ		㋊氏名イメージ		㋋氏名イメージ		㋌氏名イメージ		㋍氏名イメージ	
㋎氏名イメージ		㋏氏名イメージ		㋐氏名イメージ		㋑氏名イメージ		㋒氏名イメージ	
㋓氏名イメージ		㋔氏名イメージ		㋕氏名イメージ		㋖氏名イメージ		㋗氏名イメージ	
㋘氏名イメージ		㋙氏名イメージ		㋚氏名イメージ		㋛氏名イメージ		㋜氏名イメージ	
㋝氏名イメージ		㋞氏名イメージ		㋟氏名イメージ		㋠氏名イメージ		㋡氏名イメージ	
㋢氏名イメージ		㋣氏名イメージ		㋤氏名イメージ		㋥氏名イメージ		㋦氏名イメージ	
㋧氏名イメージ		㋨氏名イメージ		㋩氏名イメージ		㋪氏名イメージ		㋫氏名イメージ	
㋬氏名イメージ		㋭氏名イメージ		㋮氏名イメージ		㋯氏名イメージ		㋰氏名イメージ	
㋱氏名イメージ		㋲氏名イメージ		㋳氏名イメージ		㋴氏名イメージ		㋵氏名イメージ	
㋶氏名イメージ		㋷氏名イメージ		㋸氏名イメージ		㋹氏名イメージ		㋺氏名イメージ	
㋻氏名イメージ		㋼氏名イメージ		㋽氏名イメージ		㋾氏名イメージ		㋿氏名イメージ	
㊀氏名イメージ		㊁氏名イメージ		㊂氏名イメージ		㊃氏名イメージ		㊄氏名イメージ	
㊅氏名イメージ		㊆氏名イメージ		㊇氏名イメージ		㊈氏名イメージ		㊉氏名イメージ	
㊊氏名イメージ		㊋氏名イメージ		㊌氏名イメージ		㊍氏名イメージ		㊎氏名イメージ	
㊏氏名イメージ		㊑氏名イメージ		㊒氏名イメージ		㊓氏名イメージ		㊔氏名イメージ	
㊕氏名イメージ		㊖氏名イメージ		㊗氏名イメージ		㊘氏名イメージ		㊙氏名イメージ	
㊚氏名イメージ		㊛氏名イメージ		㊜氏名イメージ		㊝氏名イメージ		㊞氏名イメージ	
㊟氏名イメージ		㊠氏名イメージ		㊡氏名イメージ		㊢氏名イメージ		㊣氏名イメージ	
㊤氏名イメージ		㊥氏名イメージ		㊦氏名イメージ		㊧氏名イメージ		㊨氏名イメージ	
㊩氏名イメージ		㊪氏名イメージ		㊫氏名イメージ		㊬氏名イメージ		㊭氏名イメージ	
㊮氏名イメージ		㊯氏名イメージ		㊰氏名イメージ		㊱氏名イメージ		㊲氏名イメージ	
㊳氏名イメージ		㊴氏名イメージ		㊵氏名イメージ		㊶氏名イメージ		㊷氏名イメージ	
㊸氏名イメージ		㊹氏名イメージ		㊺氏名イメージ		㊻氏名イメージ		㊼氏名イメージ	
㊽氏名イメージ		㊾氏名イメージ		㊿氏名イメージ		㋀氏名イメージ		㋁氏名イメージ	
㋂氏名イメージ		㋃氏名イメージ		㋄氏名イメージ		㋅氏名イメージ		㋆氏名イメージ	
㋇氏名イメージ		㋈氏名イメージ		㋉氏名イメージ		㋊氏名イメージ		㋋氏名イメージ	
㋌氏名イメージ		㋍氏名イメージ		㋎氏名イメージ		㋏氏名イメージ		㋐氏名イメージ	
㋑氏名イメージ		㋒氏名イメージ		㋓氏名イメージ		㋔氏名イメージ		㋕氏名イメージ	
㋖氏名イメージ		㋗氏名イメージ		㋘氏名イメージ		㋙氏名イメージ		㋚氏名イメージ	
㋛氏名イメージ		㋜氏名イメージ		㋝氏名イメージ		㋞氏名イメージ		㋟氏名イメージ	
㋠氏名イメージ		㋡氏名イメージ		㋢氏名イメージ		㋣氏名イメージ		㋤氏名イメージ	
㋥氏名イメージ		㋦氏名イメージ		㋧氏名イメージ		㋨氏名イメージ		㋩氏名イメージ	
㋪氏名イメージ		㋫氏名イメージ		㋬氏名イメージ		㋭氏名イメージ		㋮氏名イメージ	
㋯氏名イメージ		㋰氏名イメージ		㋱氏名イメージ		㋲氏名イメージ		㋳氏名イメージ	
㋴氏名イメージ		㋵氏名イメージ		㋶氏名イメージ		㋷氏名イメージ		㋸氏名イメージ</	

折り曲げる場合は、の所を谷に曲げること。

※印の欄は記入しないこと。（職員が記入）

(受付印)

労働局長殿

令和      年      月      日

様式第13号(第67条の2関係)

免許取消申請書

写真欄(24mm×30mm)備考3を参照。

写真は、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽のものとし、写真の裏面に氏名を記入し、貼り付けること。

様式第十三号を次のように改める。

フリガナ	(姓)	(名)	性別										
申請者氏名			男・女										
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生												
フリガナ													
住所	〒(      —      ) 電話 (      )												
勤務先等 連絡先	勤務先等 連絡先 所在地	〒(      —      ) 電話 (      )											
フリガナ													
送付先 備考4を参照。	〒(      —      ) 電話 (      )												
現在受ける 免許の種類 (全て○で囲むこと)	<div>クレ・デリ</div> <div>移クレン</div> <div>（デリック）</div> <div>揚貨装置</div> <div>（玉掛）</div> <div>特ボイラー</div> <div>一ボイラー</div> <div>二ボイラー</div> <div>特ボイラ溶</div> <div>普ボイラ溶</div> <div>ボイラ整備</div> <div>特一圧作業</div> <div>ガス溶接</div> <div>林業架線</div> <div>発破技士</div> <div>導火線発破</div> <div>電気発破</div> <div>一衛生管理</div> <div>二衛生管理</div> <div>衛生工学</div> <div>高圧室内</div> <div>潜水士</div> <div>エックス線</div> <div>ガンマ線</div>												(免許に付されている条件)
	取消を 申請する 免許の種類 (全て○で囲むこと)	<div>クレ・デリ</div> <div>移クレン</div> <div>（デリック）</div> <div>揚貨装置</div> <div>（玉掛）</div> <div>特ボイラー</div> <div>一ボイラー</div> <div>二ボイラー</div> <div>特ボイラ溶</div> <div>普ボイラ溶</div> <div>ボイラ整備</div> <div>特一圧作業</div> <div>ガス溶接</div> <div>林業架線</div> <div>発破技士</div> <div>導火線発破</div> <div>電気発破</div> <div>一衛生管理</div> <div>二衛生管理</div> <div>衛生工学</div> <div>高圧室内</div> <div>潜水士</div> <div>エックス線</div> <div>ガンマ線</div>											
・新様式免許証(昭和63年10月1日以降に交付した免許証をいう。)を取得している者は、その免許証の番号を記入すること。 <div>□□□□□□□□□□□□□□</div>													
・取消しを申請する免許に係る免許証が、旧様式免許証(昭和63年9月30日以前に交付した免許証をいう。)である場合は、次の事項を記入すること。													
免許の種類 (「取消しを申請する免許の種類」の欄の略称を記載)		交付局	免許証の番号		交付年月日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								
			<div>□□□□□□□□</div>		昭和 年 月 日								

- 【備考】
- 1 記載すべき事項のない欄は、空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 「申請者氏名」、「生年月日」及び「住所」の欄に記入した事実を証する書面を添付すること。
- 3 現在受けている全ての免許の取消しを申請する場合は、写真の貼付を要しないこと。
- 4 免許証等を送付する先が住所と異なる場合に記入すること。
- 5 平成18年3月31日以前に受けたクレーン運転士免許又はデリック運転士免許の取消しを申請する場合は、「クレ・デリ」を選択した上で、この欄に取消しを申請する免許の種類を記入すること。

(受付印)

労働局長殿

令和 年 月 日

様式第二十号の二中「平成」を「令和」に改める。  
様式第二十号の三中「平成」を「令和」に改める。  
様式第二十号の四中「平成」を「令和」に改める。  
様式第二十号の七（表面）を次のように改める。

様式第二十号の七（第95条の6関係）（表面）

82002

有害物ばく露作業報告書

ページ / ページ

労働保険番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>											
事業の種類	<div><div>都道府県</div><div>市町村</div><div>管轄</div><div>基準番号</div><div>校番号</div><div>被一括事業場番号</div></div>						事業場の名称					
	労働者数						郵便番号（ ）					
	人						事業場の所在地					
							電話（ ）					

ばく露作業報告対象物の名称											
対象物等の用途											
ばく露作業の種類											
対象物等の名称											
年間製造・取扱い量											
作業1回当たりの製造・取扱い量											
対象物等の物理的性状											
対象物等の温度											
1日当たりの作業時間											
ばく露作業従事者数											
発散抑制措置の状況 (右に詰めて記入する。)											
1	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
2	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
3	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
4	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
5	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
6	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
7	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
8	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

印





(有機溶剤中毒予防規則の一部改正)  
第四十四条 有機溶剤中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十六号)の一部を次のように改正する。  
様式第三号の二(表面)を次のように改める。

様式第3号の2(第30条の3関係) (表面)

有機溶剤等健康診断結果報告書

標準字体										0123456789									
										ページ / 総ページ									
労働保険番号										在籍労働者数									
事業場の名称										事業の種類									
事業場の所在地										郵便番号 ( )									
対象年										健康診断実施機関の名称									
健康診断実施機関の所在地										受診労働者数									
有機溶剤業務名										有機溶剤業務コード									
具体的業務内容										従事労働者数									
実施者数										有所見者数									
他覚所見										肝機能検査									
腎機能検査										眼底検査									
貧血検査										神経内科学的検査									
作業条件の調査人数										医師の指示人数									
代										有機溶剤の名称等									
謝										有機溶剤コード									
物の										実施者数									
の										1									
検										2									
査										3									
氏名										産業医									
所属医療機関の名称及び所在地										⑩									

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印

印

（鉛中毒予防規則の一部改正）  
第四十五条 鉛中毒予防規則（昭和四十七年労働省令第三十七号）の一部を次のように改正する。  
様式第三号（表面）を次のように改める。

様式第3号(第55条関係)（表面）

鉛健康診断結果報告書

80303

標準字体

0123456789

ページ / 総ページ

労働保険番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>												在籍労働者数	人		
事業場の名称											事業の種類					
事業場の所在地	郵便番号（ ） 電話（ ）															
対象年	7：平成 9：令和 → <div><div></div><div></div><div></div></div> （月～月分）（報告回目）										健診年月日	7：平成 9：令和 → <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>				
健康診断実施機関の名称																
健康診断実施機関の所在地											受診労働者数	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				
鉛業務名	鉛業務コード <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 具体的業務内容（ ）										従事労働者数	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				
	実施者数				有所見者数				作業条件の調査人数 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人 所見のあった者の人数 （他覚所見のみを除く。） <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人 医師の指示人数 <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人							
他覚所見	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人											
貧血検査	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人											
神経学的検査	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人											
		血液中の鉛の量				尿中のデルタアミノレブリン酸の量				赤血球中のプロトポルフィリンの量						
実施者数		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人						
分布	1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人						
	2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人						
	3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人				<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人						
産業医	氏名 所属医療機関の名称及び所在地															

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受付印

印

様式第3号(第24条関係) (表面)

## 四アルキル鉛健康診断結果報告書

標準字体

8 0 3 0 4

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ページ / 総ページ

労働保険番号	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>都道府県</div> <div>所掌</div> <div>管轄</div> <div>基幹番号</div> <div>枝番号</div> <div>被一括事業場番号</div> </div> </div>	在籍労働者数	人
事業場の名称	事業の種類		
事業場の所在地	郵便番号（ ）  電話（ ）		

対象年	7:平成 9:令和 →	元号 年 □□□ ( 月 ~ 月分) (報告 回目)	健診年月日	7:平成 9:令和 →	元号 年 月 日 □□□□□□□□			
健康診断実施 機 関 の 名 称								
健康診断実施 機関の所在地								
項 目	四アルキル鉛等 業務の種類	四アルキル鉛等 業務コード □□ 具体的業務内容 ( )	四アルキル鉛等 業務コード □□ 具体的業務内容 ( )	四アルキル鉛等 業務コード □□ 具体的業務内容 ( )	四アルキル鉛等 業務コード □□ 具体的業務内容 ( )			
従事労働者数		□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人			
受診労働者数		□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人			
四アルキル鉛 等による有所 見者数	四アルキル鉛等業務へ の就業を禁止された者	□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人			
	そ の 他	□□□□人	□□□□人	□□□□人	□□□□人			
検 査 項 目 別 内 訳	実施者数		有所見者数	実施者数	有所見者数	実施者数	有所見者数	
	神経症状又は精神症状		人	人	人	人	人	人
	血 圧		人	人	人	人	人	人
	血 液	貧 血	人	人	人	人	人	人
		好塩基点赤血球数	人	人	人	人	人	人
	尿	コプロボルフィリン	人	人	人	人	人	人

産 業 医	氏 名	印
	所属医療機関の 名称及び所在地	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印

印

(四アルキル鉛中毒予防規則の一部改正)  
 第四十六条 四アルキル鉛中毒予防規則(昭和四十七年労働省令第三十八号)の一部を次のように改正する。  
 様式第三号(表面)を次のように改める。

(四アルキル鉛中毒予防規則の一部改正)  
第四十六条 四アルキル鉛中毒予防規則(昭和

様式第3号(第41条関係)(表面)

特定化学物質健康診断結果報告書

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票 種別	80305	労働保 険番号	① 都道府県   所 掌   管 轄   基 幹   番 号   枝 番 号   被一括事業場番号 □□□□□□□□□□□□□□□□									
対象年	② 元号 年 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑		健診年月日		③ 元号 年 月 日 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑ 1~9月は右 ↑ 1~9日は右 ↑							
	( 月 ~ 月 分 ) ( 報 告 回 目 )		第二次健康診断		年 月 日							
事業の種類					事業場の名称							
事業場の所在地	郵便番号 ( )				電話 ( )							
健康診断実施 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地					在 籍 労 働 者 数	人						
項 目	特定化学物質 業務の種類	特定化学物質業務コード ④ □□□	特定化学物質業務コード ⑤ □□□	特定化学物質業務コード ⑥ □□□								
	具体的業務内容 ( )	具体的業務内容 ( )	具体的業務内容 ( )									
従 事 労 働 者 数	⑦ □□□□ 人		⑧ □□□□ 人		⑨ □□□□ 人							
受 診 労 働 者 数	⑩ □□□□ 人		⑪ □□□□ 人		⑫ □□□□ 人							
上記のうち第二次健康診断 を要するとされた者の数	人		人		人							
第二次健康診断受診者数	人		人		人							
上記のうち有所見者数	⑬ □□□□ 人		⑭ □□□□ 人		⑮ □□□□ 人							
疾病にかかっている と診断された者の数	⑯ □□□□ 人		⑰ □□□□ 人		⑱ □□□□ 人							

職員 記入欄	ページ ⑲ □	登記・修正等 空白 ⑳ □	登記 修正 取消 ㉑ □	補助キー 1~9 ㉒ □
-----------	------------	---------------------	-----------------------	--------------------

産 業 医	氏 名  所 属 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地
-------------	---



年 月 日 事業者職氏名 労働基準監督署長殿

（特定化学物質障害予防規則の一部改正）  
第四十七条 特定化学物質障害予防規則（昭和四十七年労働省令第三十九号）の一部を次のように改正する。  
様式第三号（表面）を次のように改める。  
折り曲げる場合は、（▲）の所を谷に折り曲げること

様式第2号(第40条関係) (表面)

高気圧業務健康診断結果報告書

80306

標準字体

0123456789

労働保険 番号	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>都道府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号</div>	在籍労働者数	人	
事業場の名称			事業の種類	
事業場の所在地	郵便番号 ( )		電話 ( )	

対象年	7:平成 9:令和 →	<div><div></div><div></div><div></div></div> ( 月 ~ 月分 ) ( 報告 回目 )	健診年月日	7:平成 9:令和 →	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 元号 年 月 日
健康診断実施 機関の名称					
健康診断実施 機関の所在地			精密健康診断	年 月 日	
項目	高気圧業務の種別	高気圧業務コード	具体的業務内容	高気圧業務コード	具体的業務内容
		<div><div></div><div></div></div>	( )	<div><div></div><div></div></div>	( )
従事労働者数	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		
受診労働者数	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		
上記のうち精密健康診断を要するとされた者の数	人		人		
精密健康診断実施者数	人		人		
高気圧業務による 有所見者数	高気圧業務への就業を 禁止された者	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		
	その他	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 人		
検査項目別内訳		実施者数	有所見者数	実施者数	有所見者数
	自覚症状又は他覚症状	人	人	人	人
	骨 関 節	人	人	人	人
	聴 器	人	人	人	人
	循 環 器	人	人	人	人
	呼 吸 器	人	人	人	人
	尿	人	人	人	人

産業医	氏 名	⑩
	所属医療機関の 名称及び所在地	

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

⑩

受 付 印

（高気圧作業安全衛生規則の一部改正）  
第四十八条 高気圧作業安全衛生規則（昭和四十七年労働省令第四十号）の一部を次のように改正する。  
様式第二号（表面）を次のように改める。

様式第2号(第58条関係) (表面)

電離放射線健康診断結果報告書

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票 種別	80307		労働保 険番号	[都道府県][所掌][管轄]		基幹番号		枝番号		被一括事業場番号	
対 象 年	7:平成 [ ][ ] 年 9:令和 [ ][ ] 年 [数字] 1~9年は右		(月~月分)(報告 回目)		健診年月日		7:平成 [ ][ ][ ][ ] 年 月 日 9:令和 [ ][ ][ ][ ] 年 月 日 [数字] 1~9年は右 1~9月は右 1~9日は右				
事業の種類			事業場の名称								
事業場の所在地			郵便番号 ( ) 電話 ( )								
健康診断実施 機関の名称 及び所在地			在籍労働者数 人								
従事労働者数			男 女 計		線 源 の 種 類		線源コード [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] 具体的内容 ( )				
有所見者数 (受診所見の内訳は裏面に 記入すること。)			男 女 計								
実効線量による区分			眼の水晶体の等価線量による区分			皮膚の等価線量による区分					
受 診 労 働 者 数	1	5ミリ シーベル ト以下の 者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	45ミリ シーベル ト以下の 者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	150ミ リシーベ ルト以下 の者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	
	2	5ミリ シーベル トを超え 20ミリ シーベル ト以下の 者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	45ミリ シーベル トを超え 150ミ リシーベ ルト以下 の者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	150ミ リシーベ ルトを超 え500ミ リシーベ ルト以下 の者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	
	3	20ミリ シーベル トを超え 50ミリ シーベル ト以下の 者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	150ミ リシーベ ルトを超 える者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	500ミ リシーベ ルトを超 える者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人	
	4	50ミリ シーベル トを超え る者	男 女 人	計 [ ][ ][ ][ ] 人							

ページ [ ] / 総ページ [ ]	産 業 医 氏 名 [ ] 所 属 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地 [ ]
--------------------------	---

年 月 日 事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印

第四十九条 (電離放射線障害防止規則の一部改正)  
電離放射線障害防止規則(昭和四十七年労働省令第四十一号)の一部を次のように改正する。  
様式第二号(表面)を次のように改める。

様式第 2 号の 2 (第 58 条関係) (表面)

標準字体

## 緊急時電離放射線健康診断結果報告書

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

様式第二号の二(表面)を次のように改める。

折り曲げる場合は、の所を谷に折り曲げること

帳票 種別	80314	労働 保険 番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	被一括事業場番号		
対象 年	7:平成 9:令和	元号 年 月 日 数字	1~9年は右	(月分)	(報告 回目)	健診年月日	7:平成 9:令和	元号 年 月 日 数字		
事業の種類						事業場の名称				
事業場の所在地	郵便番号 ( ) 電話 ( )									
健康診断実施機関の 名称						在籍労働者数	人			
健康診断実施機関の 所在地										
緊急作業従事労働者数	男 人	女 人	計 人	有所見者数			男 人	女 人		
作業の場所										
健康診断項目	白血球数	男	人	女	人	ヘマトクリット値	男	人	女	人
		計	人	計	人		計	人		
	白血球百分率	男	人	女	人	甲状腺	男	人	女	人
		計	人	計	人		計	人		
	赤血球数	男	人	女	人	眼	男	人	女	人
		計	人	計	人		計	人		
	血色素量	男	人	女	人	皮膚	男	人	女	人
		計	人	計	人		計	人		
ページ	総ページ	氏 名 (印)								
		産業医	所属医療機関の 名称及び所在地							

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長 殿

(印)

受 付 印



様式第 4 号（第 59 条の 3 関係）

緊急作業実施状況報告書（外部線量・旬報）

様式第三号中「**ホ**」を「**ホ**」に改める。  
様式第四号を次のように改める。

事業場の名称 所在地	(電話 )			
在籍労働者数	人	緊急作業 従事者数	人	
施設名				
関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
対象期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日分			
外部線量区分	対象期間の 緊急作業従事者数		平成 年 月 日 以降の累積の 緊急作業従事者数	
50mSv を超え 100mSv 以下	人		人	
100mSv を超え 150mSv 以下	人		人	
150mSv を超え 200mSv 以下	人		人	
200mSv を超え 250mSv 以下	人		人	
250mSv を超えるもの	人		人	
合 計				
平均外部線量 (mSv)				
最高外部線量 (mSv)				

令和 年 月 日

事業者職氏名

印

厚生労働大臣 殿

**【備考】**

- 1 本報告は、緊急作業に従事する労働者のうち、当該緊急作業で受けた外部線量が 1 年間に  
つき 50mSv を超えるものについて、10 日ごとの外部線量について行うこと。
- 2 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び  
緊急作業に従事した労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付す  
ること。
- 3 「対象期間」の欄には、緊急作業に従事する間、10 日分を対象期間とすること（提出  
は、当該対象期間の最後の日から 5 日を経過する日まで）。
- 4 「平成 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該  
令和緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの  
当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 5 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができ  
る。

様式第 5 号（第 59 条の 3 関係）

緊急作業実施状況報告書（実効線量・月報）

様式第五号を次のように改める。

事業場の名称 所在地	(電話 )			
在籍労働者数	人	緊急作業 従事者数	人	
施設名				
関係請負人一覧 及び緊急作業従事 者数の概数		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
		人		人
対象期間	令和 年 月 分			
実効線量区分	対象期間の 緊急作業従事者数	平成 年 月 日 以降の累積の 緊急作業従事者数		
5 mSv 以下	人	人		
5 mSv を超え 20mSv 以下	人	人		
20mSv を超え 50mSv 以下	人	人		
50mSv を超え 100mSv 以下	人	人		
100mSv を超え 150mSv 以下	人	人		
150mSv を超え 200mSv 以下	人	人		
200mSv を超え 250mSv 以下	人	人		
250mSv を超えるもの	人	人		
合 計				
平均実効線量 (mSv)				
最高実効線量 (mSv)				

令和 年 月 日

事業者職氏名

厚生労働大臣 殿

印

## 【備考】

- 1 本報告は、緊急作業に従事する労働者について、1 か月ごとの実効線量について行うこと。
- 2 「関係請負人一覧及び緊急作業従事者数の概数」の欄には、関係請負人ごとの名称及び緊急作業に従事する労働者数を記入すること。欄が不足する場合には、別添として添付すること。
- 3 「対象期間」の欄は、緊急作業に従事する間、1 か月分を対象期間とすること（提出は、当該対象期間とする月の翌月末日まで）。
- 4 「平成 年 月 日以降の累積の緊急作業従事者数」の欄の日付の空白部分には、当該緊急作業を開始した日を記入すること。また、同欄には、同日から対象期間の末日までの当該緊急作業に従事した労働者の累積数を記入すること。
- 5 「事業者職氏名」の欄は、氏名を記入し、押印することに代えて、署名することができる。

第五十條 (労働安全衛生法及びこれに基づく命令に係る登録及び指定に関する省令の一部改正)  
様式第七号の四中「平成」を「令和」に改める。  
様式第七号の七まで及び様式第九号中「平成」を「令和」に改める。