

アフターケア手帳更新・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現在のアフターケア手帳番号

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

※印の欄は記入しないでください

アフターケア手帳の 更新・再交付を申請します。

労働局長 殿

(〒 — —)

住 所

(TEL — — —)

フリガナ

氏 名

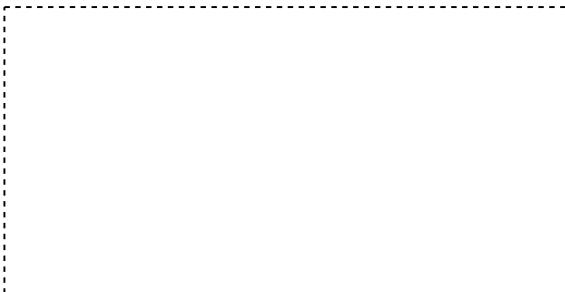
※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。

- イ. アフターケア手帳を紛失したため
 ロ. アフターケア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。

(様式第3号別紙)

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

ふりがな 氏名		生年月日	(元号) 年 月 日	男・女
1 対象傷病名				
2 最近1年間の診察実施回数：_____か月に_____回程度 〔 例え、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1回程度」と記入してください。また、最近1年間に診察がなかった場合は、「12か月に0回程度」と記入してください。 〕				
3 後遺症状の状態 (1) 現在における後遺症状の状態（具体的に記載してください。）： _____ _____ _____ _____ _____				
※ (2) 後遺症状の動搖のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり (a : 治ゆ時より減少 b : 治ゆ時と同程度 c : 治ゆ時より増大) ② なし (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ（該当する番号を○で囲んでください。） ① あり (a : 治ゆ時より減少 b : 治ゆ時と同程度 c : 治ゆ時より増大) ② なし 〔 (2) 及び (3) については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。 〕				

(※) 「後遺症状の動搖」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

- ① あり ② なし

※ 「① あり」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。

「① あり」の場合は、「（2）今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

(1) 上記の理由:

(2) 今後予想される必要とする診察実施回数: か月に 回程度

上記のとおり診断します。

(元号)
年 月 日

寒施医瘡機闡等

名称

所在地

診療科

醫師名

アフターケア委託費請求書

帳票種別

3	7	7	0	0
---	---	---	---	---

※修正項目番号

①※管轄局

②※受付年月日

9令和

1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑

※印の欄は記入しないでください。

③指定病院等の番号

④請求金額

千	万	百	万	十	万	千	百	十	円
<input type="text"/>									

金額の頭に￥マークを付けてください。

⑤内訳書添付枚数

⑥請求年

元号

7平成 年 月分

1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑

⑦請求月

※修正欄

ほか

名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号

-

住 所
(所在地)請求人の
(病院又は診療所)

名 称

代表者氏名

電話番号

- -

労 働 局 長 殿

受付印

□

アフターケア
ア
委
託
費
請
求
内
訳
書

帳票種別 37702		修正項目番号 □	支払額 ① 百万 十万 万 千 百 十 円 □ □ □ □ □ □ □		
②アフターケア手帳番号 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
③診察年月日 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↑			④査定額 百万 十万 万 千 百 十 円 + 増 □ □ □ □ □ □ □ - 減 □ □ □ □ □ □ □		
⑤検査年月日 (健康診断年月日) □ □ □ □ □ □ 元号 年 月 日 1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑			⑥増減理由 □ □ ⑦処理区分 □ □ 9令和 □ □ □ □ □ □ □ ⑧決定年月日 元号 年 月 日 1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑		
⑨合計額 (イ)+(ロ) □ □ □ □ □ □ 百万 十万 万 千 百 十 円			修正欄 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
受診者の氏名		病院等の名称			
対象となるアフターケア傷病コード		裏面の表の傷病コードを記入してください。			傷病の経過
病床数		床	前回の検査年月日	年 月 日	診療内訳
初診		時間外			金額
再診		時間外			円
外来					円
診療料		時間外			(ロ) 円
保指導					小計
投薬		内服薬剤 調剤 屯服薬剤 外用薬剤 調剤 処方 麻毒 調基			摘要
注射		皮下筋肉内 静脈内			要
処置		薬剤			
麻酔		薬剤			
検査		薬剤			
画像診断		薬剤			
その他					
小計		点 (イ)	円		

職員記入欄

「対象となるアフターケア傷病コード表」

傷病コード	傷病名	傷病コード	傷病名
01	せき 験損傷	11	尿路系腫瘍
	頭頸部外傷症候群等		脳の器質性障害
21	頭頸部外傷症候群	30	一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く。）
22	頸肩腕障害	31	外傷による脳の器質的損傷
23	腰痛	32	減圧症
	尿路系障害	33	脳血管疾患
24	尿道狭さく及び尿路変向術後	34	有機溶剤中毒等
25	代用膀胱造設後	14	外傷による末梢神経損傷
	慢性肝炎	15	熱傷
26	HBe抗原陽性及びC型肝炎ウィルス感染	16	サリン中毒
27	HBe抗原陰性	17	精神障害
05	白内障等の眼疾患		循環器障害
06	振動障害	35	弁損傷及び心膜病変
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	36	人工弁置換後
08	人工関節・人工骨頭置換	37	人工血管置換後
09	慢性化膿性骨髓炎	19	呼吸機能障害
	虚血性心疾患等	20	消化器障害
28	虚血性心疾患	00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒
29	ペースメーカ及び除細動器		

※ 頭蓋部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケアについては、各傷病内における該当する傷病コードを表面の記入欄に記入してください。

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。

指定病院等の番号		病院等の名称	
アフターケア手帳の番号		受診者の氏名	
受診年月日	年月日		

摘要	要	(続)

ア

フ

タ

ー

ケ

ア

委

託

費

請

求

内

訳

書

・

続

紙

・

アフターケア委託費請求書（薬局用）

帳票種別

3	7	7	0	1
---	---	---	---	---

※修正項目番号

①※管轄局

②※受付年月日

元号

年

月

日

9 令和

--	--	--	--	--	--	--	--

1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑

③指定薬局の番号

④ 請 求 金 額	⑤ 内訳書添付枚数																						
<table border="1"> <tr><td>千</td><td>万</td><td>百</td><td>十</td><td>万</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>円</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>金額の頭に￥マークを付けてください。</p>	千	万	百	十	万	千	百	十	円	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td>枚</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	枚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
千	万	百	十	万	千	百	十	円															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
枚																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

⑥請求年

⑦請求月

※修正欄

7 平成
9 令和

年

月分

1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑

ほか

名に対する委託費の内容は、別紙内訳書のとおり。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

郵便番号

-

住 所
(所在地)請求人の
(指定薬局)

名 称

代表者氏名

電話番号

-

-

労 働 局 長 殿

受付印

--

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 37710		修正項目番号 □	①支払額 百万 十万 万 千 百 十 円 □□□□□□□																										
②アフターケア手帳番号 <table border="1"> <tr> <td>西暦年</td> <td>所轄局</td> <td>傷病番号</td> <td>振出番号</td> <td>枝番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>□□□</td> <td>□□□</td> <td>□□□</td> <td>□□□</td> <td>□□□</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>										西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号						□□□	□□□	□□□	□□□	□□□					
西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号																									
□□□	□□□	□□□	□□□	□□□																									
③増減理由 □□																													
④処方年月日 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□ 9令和 □□□□□□□ 1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ																													
⑤査定額 百万 十万 万 千 百 十 円 +増減 □□□□□□□ -減 □□□□□□□																													
⑥処理区分 □□ 9令和 □□□□□□□																													
⑦決定年月日 元号 年 月 日 修正欄 □□□□□□□																													
⑧合計額 百万 十 万 千 百 十 円 □□□□□□□																													
受診者の 氏名					病院 又は 診療所 の 所在地 担当医師名	名称																							
薬局の 名称																													
対象となる アフターケア 傷病コード	-			裏面の表の 傷病コードを 記入してください																									
調剤年月日		年 月 日			摘要																								
剤型	処方					単位薬剤料 点	調剤数量	薬剤調製料 調剤管理料 (点)	薬剤料 点	調剤報酬点数 点																			
内服																													
屯服																													
その他																													
内服																													
屯服																													
その他																													
内服																													
屯服																													
その他																													
内服																													
屯服																													
その他																													
調剤基本料 点			指導料 点				合計 点																						

「対象となるアフターケア傷病コード表」

傷病コード	傷病名	傷病コード	傷病名
01	せき 験損傷	11	尿路系腫瘍
	頭頸部外傷症候群等		脳の器質性障害
21	頭頸部外傷症候群	30	一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く。）
22	頸肩腕障害	31	外傷による脳の器質的損傷
23	腰痛	32	減圧症
	尿路系障害	33	脳血管疾患
24	尿道狭さく及び尿路変向術後	34	有機溶剤中毒等
25	代用膀胱造設後	14	外傷による末梢神経損傷
	慢性肝炎	15	熱傷
26	HBe抗原陽性及びC型肝炎ウィルス感染	16	サリン中毒
27	HBe抗原陰性	17	精神障害
05	白内障等の眼疾患		循環器障害
06	振動障害	35	弁損傷及び心膜病変
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	36	人工弁置換後
08	人工関節・人工骨頭置換	37	人工血管置換後
09	慢性化膿性骨髓炎	19	呼吸機能障害
	虚血性心疾患等	20	消化器障害
28	虚血性心疾患	00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒
29	ペースメーカ及び除細動器		

※ 頭蓋部外傷症候群等、尿路系障害、慢性肝炎、虚血性心疾患等、脳の器質性障害及び循環器障害に係るアフターケアについては、各傷病内における該当する傷病コードを表面の記入欄に記入してください。

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。