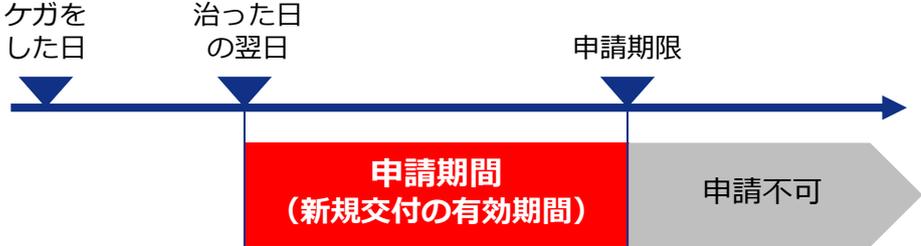
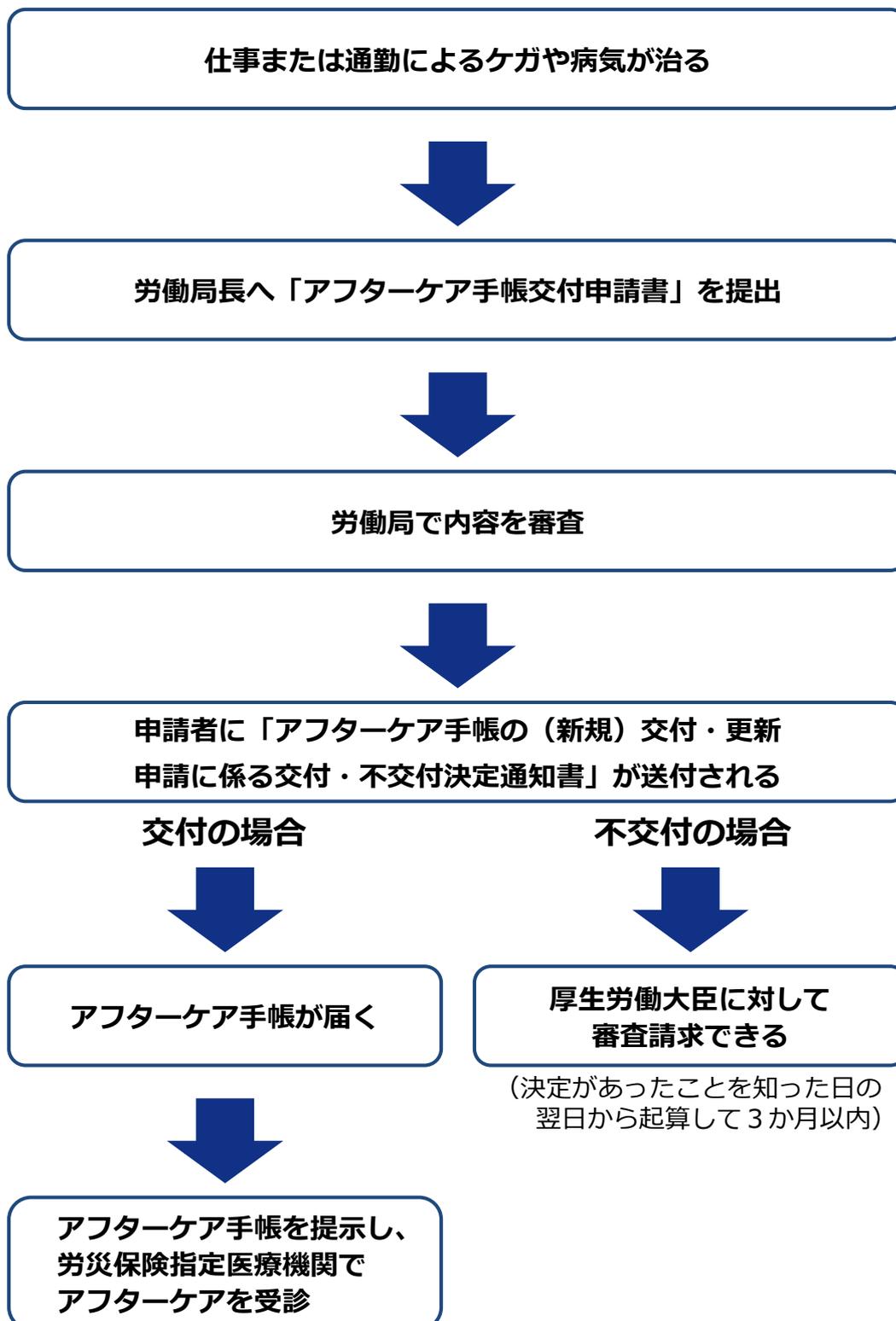


# アフターケアを受けるための手続き

アフターケアを受けるためには、都道府県労働局長に申請が必要です。

<p>申請の時期</p>	<p><b>けがや病気が治ったとき</b></p> <p>「治った」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。</p>
<p>申請先</p>	<p><b>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</b></p>
<p>提出書類</p>	<p><b>アフターケア手帳交付申請書</b></p> <p>申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。 厚生労働省ウェブサイトからもダウンロードできます。</p> <p>■厚生労働省ウェブサイト  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html</a>          トップページ &gt; 政策について &gt; 分野別の政策一覧          &gt; 雇用・労働 &gt; 労働基準 &gt; 施策情報 &gt; 労災補償          &gt; 労災保険給付関係請求書等ダウンロード</p>
<p>申請期限</p>	<p>申請は、ケガや病気が治った日の翌日から起算してアフターケア手帳の新規交付の有効期間として定められた期間内※に行わなければなりません。 申請できる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。</p> <p>※アフターケア手帳の新規交付の有効期間に「交付日から起算して3年間です」と書いてある場合は、治った日の翌日から3年以内が申請可能な期間です。</p>  <p>ただし、次の該当者はアフターケアを必要とする期間に定めがないので、いつでも申請できます</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ せき髄損傷</li> <li>・ 人工関節・人工骨頭置換</li> <li>・ 虚血性心疾患等（ペースメーカー、除細動器を植え込んだ方）</li> <li>・ 循環器障害（人工弁、人工血管に置換した方）</li> </ul>

## 「アフターケア手帳」の新規交付の流れ



# 申請書記載例（新規）

■ 実施要領様式第2号

## アフターケア手帳交付申請書

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	ハ
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<sup>ハ</sup>ハ<sup>°</sup>

① 管轄局

※② 受付年月日  
 9 令和

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 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 )  
 1~9年は左へ 1~9月は右へ

次ページのコード表から対象傷病コードを選んで記入してください。

⑤ 傷病年月日

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  
 2 女

⑨ 対象者氏名（カナ）

年金受給者の方は、年金証書番号を記入してください。

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）

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

次ページのコード表から現在、お住いの都道府県を選んで記入してください。

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

ケガや病気が治った日が分かる場合は記入してください。不明の場合は、記入しなくても構いません。

受付印

※印の欄は記入しないでください

備 考 東京 労働局長 殿 ○年○月○日

申請者の 住所 千代田区霞が関1-2-2  
 (〒 100-8916 )  
 (電話 03 - 1234 - 5678 )

フリガナ 氏名 ロウサイ タロウ  
 労災 太郎

都道府県コード			
コードNo.	都道府県	コードNo.	都道府県
01	北海道	25	滋賀
02	青森	26	京都
03	岩手	27	大阪
04	宮城	28	兵庫
05	秋田	29	奈良
06	山形	30	和歌山
07	福島	31	鳥取
08	茨城	32	島根
09	栃木	33	岡山
10	群馬	34	広島
11	埼玉	35	山口
12	千葉	36	徳島
13	東京	37	香川
14	神奈川	38	愛媛
15	新潟	39	高知
16	富山	40	福岡
17	石川	41	佐賀
18	福井	42	長崎
19	山梨	43	熊本
20	長野	44	大分
21	岐阜	45	宮崎
22	静岡	46	鹿児島
23	愛知	47	沖縄
24	三重		

対象傷病コード	
コードNo.	対象傷病名
00	炭鉱災害による一酸化炭素中毒
01	せき髄損傷
05	白内障等の眼疾患
06	振動障害
07	大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折
08	人工関節・人工骨頭置換
09	慢性化膿性骨髄炎
11	尿路系腫瘍
14	外傷による末梢神経損傷
15	熱傷
16	サリン中毒
17	精神障害
19	呼吸機能障害
20	消化器障害
21	頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群）
22	頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害）
23	頭頸部外傷症候群等（腰痛）
24	尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後）
25	尿路系障害（代用膀胱造設後）
26	慢性肝炎（HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）
27	慢性肝炎（HBe抗原陰性）
28	虚血性心疾患等（虚血性心疾患）
29	虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器）
30	脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く））
31	脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷）
32	脳の器質性障害（減圧症）
33	脳の器質性障害（脳血管疾患）
34	脳の器質性障害（有機溶剤中毒等）
35	循環器障害（弁損傷及び心膜病変）
36	循環器障害（人工弁置換後）
37	循環器障害（人工血管置換後）

アフターケア手帳交付申請書の「⑩都道府県コード」、「⑦対象傷病コード」には、上記の表の該当する「コードNo.」を、それぞれ記載してください。

参考（アフターケア手帳の見本）

291

<p style="text-align: center;">番号</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">カナ</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> </tr> </table> <p>生年月日 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>住所 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>手帳有効期限 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ 労働局長 印</p>	カナ		氏名		<p>労働保険番号 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>被災時の所属事業場 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>被災時名称 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>所在地 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>被災年月日 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>療養期間 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>療養開始 <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>症状固定（治ゆ） <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>障害等級 第 <input style="width: 20px;" type="text"/> 級</p> <p>症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>
カナ					
氏名					

① アフターケア記録

措置の種類別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年月日		

②

措置の種類別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年月日		

労働者災害補償保険

アフターケア手帳番号

## アフターケア手帳

交付

有効期限

氏名 \_\_\_\_\_

厚生労働省