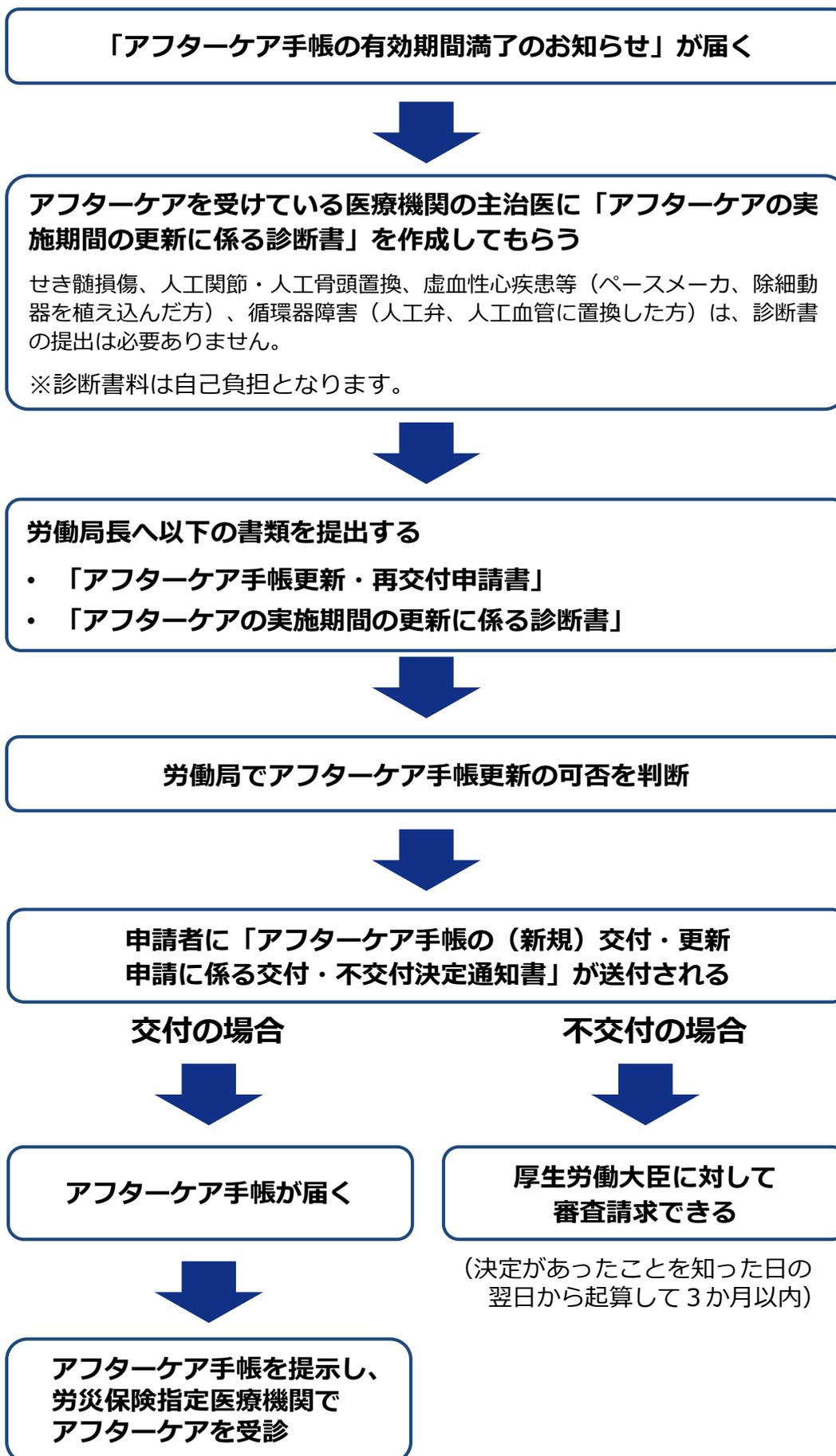


「アフターケア手帳」の更新の手続き

申請の時期	<p>手帳の有効期間が満了する日の1か月前まで</p> <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長から、「アフターケア手帳の有効期間満了のお知らせ」が事前にご自宅に届きます。</p> <p>※更新期限を超過してしまうと更新は認められません。</p>
申請先	<p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</p>
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ アフターケア手帳更新・再交付申請書 (10ページ参照) ・ アフターケアの実施期間の更新に関する診断書※ (11、12ページ参照) <p>※せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、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）、循環器障害（人工弁、人工血管に置換した方）は、診断書は必要ありません。</p> <p>※診断書料は自己負担となります。</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 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.html トップページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 雇用・労働 > 労働基準 > 施策情報 > 労災補償 > 労災保険給付関係請求書等ダウンロード</p>
交付	<p>手帳の更新が認められると、都道府県労働局長からアフターケア手帳が交付されます。</p>

「アフターケア手帳」の更新交付の流れ



申請書記載例（更新）

■ 実施要領様式第3号

※標準字体 **0123456789**

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 □□	_____																		
ここは職員が記入します。																				
②更新・再交付 1 更新 3 再交付 1	※③受付年月日 元 年 月 日 9 令和 □□□□□□																			
④現在のアフターケア手帳番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>			西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	0
西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	0								
アフターケア手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。 東京 労働局長 殿																				
更新に○を付けてください。																				
(〒 100 - 8916) 住 所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (TEL 03- 1234 - 5678) フリガナ ロウサイ タロウ 氏 名 労災 太郎																				
※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 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>																			

※印の欄は記入しなさい。

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：

後遺症状の動揺及び付随する疾病の発症を抑えることに

期待できるため。

（2）今後予想される必要とする診察実施回数： 1 か月に 1 回程度

上記のとおり診断します。

（元号）

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

実施医療機関等

名 称 ○○病院

所在地 東京都千代田区霞が関○-○-○

診療科 ○○科

医師名 ○○ ○○

(参考) アフターケア手帳の新規・更新手続き

傷病名	申請期間	有効期間		更新時の 診断書の要否
	新規 (治った日の翌日から起算して)	新規 (交付日から起算して)	更新	
せき髄損傷	いつでも	3年間	5年間	×
頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群 ②頸肩腕障害 ③腰痛	2年間	2年間	更新不可	更新不可
尿路系障害	3年間	3年間	1年間	○
慢性肝炎	3年間	3年間	1年間	○
白内障等の眼疾患	2年間	2年間	1年間	○
振動障害	2年間	2年間	1年間	○
大腿骨頸部骨折及び股関節 脱臼・脱臼骨折	3年間	3年間	1年間	○
人工関節・人工骨頭置換	いつでも	3年間	5年間	×
慢性化膿性骨髓炎	3年間	3年間	1年間	○
虚血性心疾患等	3年間 (虚血性心疾患) いつでも (ペースメーカ等)	3年間	1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカ等)	○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカ等)
尿路系腫瘍	3年間	3年間	1年間	○
脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを含む)を除く)	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	1年間	○
外傷による末梢神経損傷	3年間	3年間	1年間	○
熱傷	3年間	3年間	1年間	○
サリン中毒	3年間	3年間	1年間	○
精神障害	3年間	3年間	1年間	○
循環器障害	3年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) いつでも (人工弁又は人工血管)	3年間	1年間 (心臓弁損傷及び 心膜病変) 5年間 (人工弁又は 人工血管)	○ (心臓弁損傷及び 心膜病変) × (人工弁又は 人工血管)
呼吸機能障害	3年間	3年間	1年間	○
消化器障害	3年間	3年間	1年間	○
炭鉱災害による一酸化炭素中毒	3年間	3年間	1年間	○