

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	曆	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 _____

申請者の

(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。

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

実施医療機関等

名 称

所在地

診療科

医師名

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
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指定病院等の番号

④ 請 求 金 額	⑤内訳書添付枚数
<small>千万 百万 十万 万 千 百 十 円</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 金額の頭に¥マークを付けてください。	<small>枚</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⑥請求年 元号 7 平成 9 令和 年 月分 月分
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑

※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

※印の欄は記入しないでください。

アフターケア委託費請求内訳書

職員記入欄

帳票種別 3 7 7 0 2	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 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号 				
③ 診察年月日 元号 年 月 日 7平成 9令和 		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 7平成 9令和 		⑥ 増減理由 ⑦ 処理区分 ⑧ 決定年月日 元号 年 月 日 9令和 		
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。		
病床数	床	前回の検査年月日 年 月 日		
診療内訳			点数 (点)	
初診	時間外	回	円	
再診	時間外	回	円	
外来診療料	時間外	回	円	
保指健導	金額			
投薬	内服薬剤 単位 調剤 回 屯服薬剤 単位 外用薬剤 単位 調剤 回 処方 回 麻毒 回 調基 回		摘要	
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回			
処置	薬剤 回			
麻酔	薬剤 回			
検査	薬剤 回			
画像診断	薬剤 回			
その他	回			
小計	点 (イ)			円

「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	せき髄損傷	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	H B e 抗原陽性及びC型肝炎ウィルス感染	16	サリン中毒
27	H B e 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	慢性化膿性骨髄炎	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。

ア
フ
タ
ー
ケ
ア
委
託
費
請
求
内
訳
書
・
続
紙
・

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 年 月 診 日	年 月 日		

摘 要 (続)	

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

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↑

③指定薬局の番号

□ □ □ □ □ □ □ □

④ 請 求 金 額	⑤内訳書添付枚数
<small>千万 百万 十万 万 千 百 十 円</small> □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 金額の頭に¥マークを付けてください。	<small>枚</small> □ □ □

⑥請求年

元号
7 平成
9 令和

□ □ □ □
1~9年は右へ↑

⑦請求月

年 □ □ 月分 □ □
1~9月は右へ↑

※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
(指 定 薬 局)

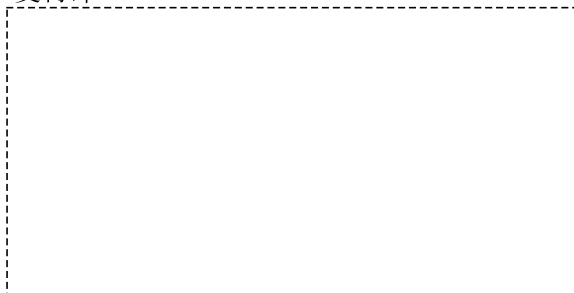
名 称

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。

アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）

職員記入欄

帳票種別 3 7 7 1 0	修正項目番号 <input type="text"/>	①支払額 <small>百万 十万 万 千 百 十 円</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
②アフターケア手帳番号 <small>西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		③増減理由 <input type="text"/> <input type="text"/>
④処方年月日 <small>元号 年 月 日</small> 7 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑</small>	⑤査定額 <small>百万 十万 万 千 百 十 円</small> + 増 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 減 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑧合計額 <small>百万 十 万 千 百 十 円</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	⑥処理区分 <input type="text"/> <input type="text"/>	
		⑦決定年月日 <small>元号 年 月 日</small> 9 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
修正欄 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

受診者の氏名			病院名称				
薬局の名称			又は診療所	所在地			
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	の	担当医師名			
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
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		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	せき髄損傷	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	H B e 抗原陽性及びC型肝炎ウィルス感染	16	サリン中毒
27	H B e 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	慢性化膿性骨髄炎	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	ペースメーカー及び除細動器		

※ 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。