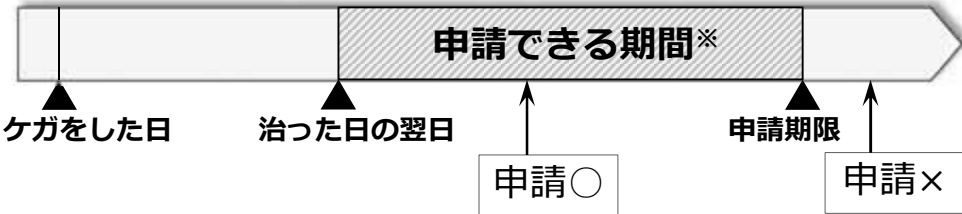


アフターケアを受けるための手続き

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>ケガや病気が治ったとき 「治った」とは、完全な回復だけでなく、症状が安定し、治療をしてもそれ以上改善が期待できない状態も含まれます。</p>
<p>申請先</p>	<p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</p>
<p>提出書類</p>	<p>健康管理手帳交付申請書 申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。</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健康管理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。</p> <p>申請を行うことができる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。</p> <p>※健康管理手帳の新規交付の有効期間に「交付日から起算して3年間とします」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、せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患（ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方）、循環器障害（人工弁または人工血管に置換した方）は、アフターケアを必要とする期間に定めがないことから、いつでも申請ができます。</p>

「健康管理手帳」の新規交付の流れ

仕事によるケガや病気が治る



労働局長へ「健康管理手帳交付申請書」を提出



労働局で内容を審査



申請者に「健康管理手帳の（新規）交付・更新申請に係る交付・不交付決定通知書」が送付される



交付の場合

健康管理手帳が届く



健康管理手帳を提示し、
労災保険指定医療機関に
アフターケアを受診



不交付の場合

厚生労働大臣に対して
審査請求ができる

(決定があったことを知った日の翌日
から起算して60日以内)

申請書記載例(新規)

健康管理手帳交付申請書

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	*
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[°]ハ[°]

帳票種別 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	① 管轄局 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																							
④ 労働保険番号 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">府県</th><th style="font-size: small;">所管</th><th style="font-size: small;">管轄</th><th colspan="4" style="font-size: small;">基幹番号</th><th colspan="2" style="font-size: small;">枝番号</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="4"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="5"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="6"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/></td> </tr> </table>		府県	所管	管轄	基幹番号				枝番号		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="4"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="5"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="6"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	※③ 受付年月日 <small>7平成</small> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
府県	所管	管轄	基幹番号				枝番号																	
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="4"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="5"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="6"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/>												
⑤ 生年月日 <small>1明治</small> <small>3大正</small> <small>5昭和</small> <small>7平成</small> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		⑦ 年金証書番号 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">管轄局</th><th style="font-size: small;">種別</th><th style="font-size: small;">西暦年</th><th colspan="4" style="font-size: small;">番号</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	管轄局	種別	西暦年	番号				<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
管轄局	種別	西暦年	番号																					
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																		
⑥ 傷病年月日 <small>5昭和</small> <small>7平成</small> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		⑧ 対象疾病コード <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/>																						
⑨ 性別 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <small>1男</small> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <small>3女</small>		⑩ 対象者氏名(カナ) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="ロ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="ウ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="サ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="イ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="タ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="ロ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="ウ"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>																						
⑪ 対象者氏名(漢字) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="勞"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="災"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="太"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="郎"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>		⑫ 郵便番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="8"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="9"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="6"/>																						
⑬ 都道府県コード ⑭ 住所(漢字) 市、区、郡から記入してください。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="千"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="代"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="田"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="区"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>																								
⑮ (続き) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="霞"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="が"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="関"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>																								
⑯ (続き) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="-"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="-"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>																								
⑰ 電話番号 左詰めで記入してください。また、市外局番、市内局番及び番号の間に(-) (ハイフン)を記入してください。 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="0"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="-"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="2"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="3"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="4"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="-"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="5"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="6"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="7"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="8"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value=""/>																								
⑱ 業通別 ※⑲ 業種別 ※⑳ 管轄局署 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="1"/> 1業務災害 2通勤災害 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																								
㉑ 治年月日 <small>5昭和</small> <small>7平成</small> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																								
㉒ 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。																								
東京 労働局長 殿 (〒 100 - 8916) 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (TEL 03 - 1234 - 5678)		26年 12月 8日 受付印 <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>																						
申請者の フリガナ ロウサイ タロウ 氏 名 勞 災 太 郎 (勞 災) (記名押印又は署名)																								

※ 職印の欄は記入しなくても構いません。

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症
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）

参考（健康管理手帳の見本）

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></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> </tr> </table> <p>生年月日 住所</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>手帳有効期限</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>被災時の所属事業場 名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 60px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>所在地</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 40px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>被災年月日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>療養期間 療養開始</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>症状固定（治ゆ）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td></td> </tr> </table> <p>障害等級 第 <input type="text"/> 級</p> <p>症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 30px;"> <tr> <td></td> </tr> </table>							
カナ														
氏名														

① アフターケア記録				②			
措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印	措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		
	年月日				年月日		

労働者災害補償保険 健康管理手帳番号

健康 管理 手 帳

交 付

有効期限

氏 名

厚生労働省