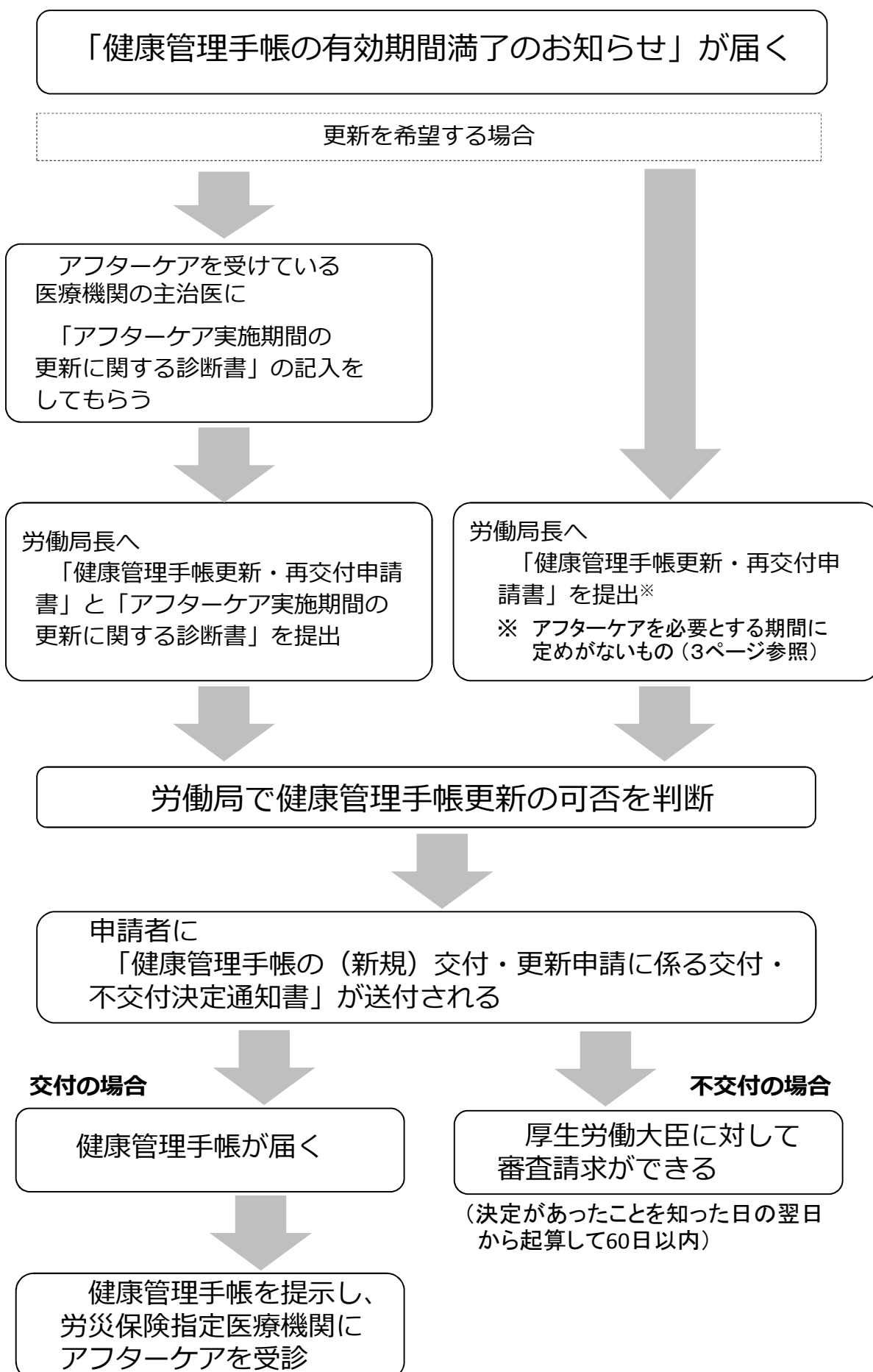


## 「健康管理手帳」の更新を希望する場合

申請の時期	<p><b>手帳の有効期間が満了する日の1か月前まで</b></p> <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長から、「健康管理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>
申請先	<p><b>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</b></p>
提出書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>健康管理手帳更新・再交付申請書</b></li> <li>・ <b>アフターケア実施期間の更新に関する診断書※</b> (12、13ページ参照)</li> </ul> <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）については、診断書は必要ありません。</p> <p>申請書、診断書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。</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健康管理手帳が交付されます。</p>

# 「健康管理手帳」の更新交付の流れ



# 申請書記載例(更新)

標準  
字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 健康管理手帳更新・再交付申請書

帳票種別 3 7 2 3 1	① 管轄局 1 3	ここは職員が記入します。
-------------------	--------------	--------------

②更新・再交付  
1 1更新  
3 3再交付

※③受付年月日  
7平成 元号 年 月 日

④現在の健康管理手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号	枝番号
1 3	1 3	0 1	0 1 2 3	0 0 1

健康管理手帳の **更新** ・ **再交付** を申請します。

東京 労働局長 殿

該当するほうに○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 )

申請者の

フリガナ          ロウサイ          タロウ  
氏 名          労 災          太 郎          ( 労 災 )  
(記名押印又は署名)

※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。

- イ. 健康管理手帳を紛失したため
- ロ. 健康管理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

受付印
-----

## 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	大・昭・平 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  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <span style="padding: 0 20px;">例えば、「<u>1</u>か月に<u>1</u>回程度」、「<u>1</u>か月に<u>2</u>回程度」、「<u>3</u>か月に<u>1</u>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、「<u>1</u><u>2</u>か月に<u>0</u>回程度」と記入してください。</span> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>				
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) 後遺症状の動揺のおそれ（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  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <span style="padding: 0 20px;">(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。</span> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>				

(※) 「後遺症状の動揺」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」の場合には、以下の「（１）実施期間の更新を必要とする理由」を具体的に記述し、「（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）実施期間の更新を必要とする理由：

.....

.....

.....

.....

.....

（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。

平成 年 月 日

実施医療機関等

名 称

.....

所在地

.....

診療科

.....

医師名

.....

印