

事 務 連 絡

平成 23 年 5 月 19 日

都道府県労働局労働基準部

労災補償課長 殿

厚生労働省労働基準局労災補償部

補 償 課 長 補 佐 （ 医 療 福 祉 担 当 ）

労災保険業務課システム最適化推進室長補佐

健康管理手帳の新規交付申請の様式について

標記については、平成 22 年 12 月 27 日付け基労補発 1227 第 2 号、基労保発 1227 第 1 号「社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領及びアフターケア通院費支給要綱の一部改正に伴う運用上の留意事項について」の記 1（2）において、健康管理手帳の新規交付申請に係る当面の取扱いを指示したところであるが、今後は下記のとおり実施されたい。

なお、帳票入力等の機械処理に関しては、平成 23 年 3 月 31 日付け基発 0331 第 3 号「労働基準行政情報システム・労災行政情報管理システムに係る機械事務処理手引について」で示した「アフターケア業務編」を参照されたい。

記

- 1 社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領の 6（1）①に定める健康管理手帳の新規交付申請の様式については、旧帳票である「健康管理手帳交付報告書」（帳票種別 3 7 2 0 0）は、システムへの入力ができないため、別添の「健康管理手帳交付申請書」（帳票種別 3 7 2 1 0）を使用すること。
- 2 申請者から「健康管理手帳交付報告書」（帳票種別 3 7 2 0 0）が提出された場合、職権で「健康管理手帳交付申請書」（帳票種別 3 7 2 1 0）に転記した上で、入力処理を行うこと。

健康管理手帳交付申請書

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	シ
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	イ
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 ハ[°]

帳票種別

37210

①管轄局

□□

※②受付年月日

7平成 □□□□□□

③労働保険番号

府県所管管轄基幹番号枝番号
□□□□□□□□□□□□□□□□

④生年月日

(1明治 3大正 5昭和 7平成) □□□□□□
1~9月は右へ 1~9月は右へ 1~9月は右へ

⑤傷病年月日

(5昭和 7平成) □□□□□□

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
□ 3女

⑨対象者氏名(カナ)

□□□□□□□□□□□□□□□□

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)

□□□□□□□□□□□□□□□□

姓と名の間は1字あけて記入して下さい

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

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

※②業通別

□ 1業務災害
□ 3通勤災害

※②業種別

□□□□□

※②管轄局署

□□□□□

②治年月日

(5昭和 7平成) □□□□□□

受付印

備考

労働局長 殿

年 月 日

(〒 -)

申請者の住所

(電話 - -)

フリガナ

氏名
印

(記名押印または署名)

※印の欄は記入しないでください