

## 労働災害で療養中の方、治った方へ

### 労災保険「アフターケア」申請のご案内

業務災害や通勤災害によるケガや病気で療養されている方は、ケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気を防ぐため、労災指定医療機関でアフターケア（診察や保健指導、検査など）を受けることができます。対象となるケガや病気、申請の手続きは下記の通りです。

#### 対象となるケガや病気

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| ① せき髄損傷               | ⑪ 尿路系腫瘍          |
| ② 頭頸部外傷症候群等           | ⑫ 脳の器質性障害        |
| ③ 尿路系障害               | ⑬ 外傷による末梢神経損傷    |
| ④ 慢性肝炎                | ⑭ 熱傷             |
| ⑤ 白内障等の眼疾患            | ⑮ サリン中毒          |
| ⑥ 振動障害                | ⑯ 精神障害           |
| ⑦ 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折 | ⑰ 循環器障害          |
| ⑧ 人工関節・人工骨頭置換         | ⑱ 呼吸機能障害         |
| ⑨ 慢性化膿性骨髄炎            | ⑲ 消化器障害          |
| ⑩ 虚血性心疾患等             | ⑳ 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 |

#### 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には、都道府県労働局に申請が必要です。

<申請の時期> 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、治療してもそれ以上改善が期待できない状態も含みます。

<申請先> 所属事業場を管轄する労働局

<提出書類> 健康管理手帳交付申請書※に、必要事項を記入して提出  
(申請書は労働局、労働基準監督署にあります)

- 申請が認められると、アフターケアの健康管理手帳が交付されます。
- 労災指定医療機関の窓口でこの手帳を提示すると、無料でアフターケアを受けることができます。

※ 健康管理手帳の交付申請書の記載例は、裏面をご覧ください。





# 申請書記載例

## 健康管理手帳交付申請書

0	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

濁点、半濁点は一文字として取り扱うこと。(例) 力ハ

帳票種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	① 管轄局 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>																									
④ 労働保険番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>府県</th><th>所掌</th><th>管轄</th><th colspan="4">基幹番号</th><th colspan="3">枝番号</th> </tr> <tr> <td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>		府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号			1	3	1	0	1	1	2	3	4	5	6	0	0	0	※③ 受付年月日 元号 <input type="text" value="7"/> 平成 <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="2"/> 日
府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号																			
1	3	1	0	1	1	2	3	4	5	6	0	0	0													
⑤ 生年月日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>元号</th><th>年</th><th>月</th><th>日</th> </tr> <tr> <td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>0</td> </tr> </table>		元号	年	月	日	5	4	3	0	⑦ 年金証書番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>管轄局</th><th>種別</th><th>西暦年</th><th colspan="3">番号</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	管轄局	種別	西暦年	番号												
元号	年	月	日																							
5	4	3	0																							
管轄局	種別	西暦年	番号																							
⑥ 傷病年月日 元号 <input type="text" value="7"/> 平成 <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日	⑧ 対象疾病コード <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	⑨ 性別 <input type="text" value="1"/> <sup>1男</sup> <sub>3女</sub>																								
⑩ 対象者氏名(カナ) <input type="text" value="ロ"/> <input type="text" value="ウ"/> <input type="text" value="サ"/> <input type="text" value="イ"/> <input type="text" value="タ"/> <input type="text" value="ロ"/> <input type="text" value="ウ"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 姓と名の間は1字空ける。																										
⑪ 対象者氏名(漢字) <input type="text" value="労"/> <input type="text" value="災"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="太"/> <input type="text" value="郎"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 姓と名の間は1字空ける。																										
⑫ 郵便番号 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> - <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/>																										
⑬ 都道府県コード <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> ⑭ 住所(漢字) 市、区、郡から記入してください。 <input type="text" value="千"/> <input type="text" value="代"/> <input type="text" value="田"/> <input type="text" value="区"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																										
⑮ (続き) <input type="text" value="霞"/> <input type="text" value="ヶ"/> <input type="text" value="関"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																										
⑯ (続き) <input type="text" value="1"/> - <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="2"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input 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 type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> - <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																										
⑱ 業通別 <input type="text" value="1"/> 1業務災害 2通勤災害																										
※⑲ 業種別 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																										
※⑳ 管轄局署 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																										
㉑ 治癒年月日 元号 <input type="text" value="7"/> 平成 <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="1"/> 月 <input type="text" value="2"/> 日																										
ケガや病気が治った日を記入してください。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 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 (TEL 03- 1234 - 5678 )		22年 12月 27日 受付印																								
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)																										

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します)