様式第４号（第９条関係）

番　号

カ　ナ	
氏　名	

生年月日

住　所

手帳有効期限

炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法施行規則第９条の規定により公布します。

労働局長　　印

労　働　保　険　番　号

被　災　時　の　所　属　事　業　場

名　称

所在地

被　災　年　月　日

療　養　期　間

療　養　開　始

症状固定（治ゆ）

障　害　等　級　　第　　級

症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態

注　意　事　項

１．労働者災害補償保険のアフターケアを受けようとするときは、労災指定医療機関等にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。

２．次の場合には、事業場の所在地を管轄する労働基準監督署長（以下、「所轄労働基準監督署長」といいます。）を経由して、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に、この手帳を添えて（ロの場合を除く。）、その旨を届け出て、必要な訂正又は再交付を受けてください。

イ．氏名又は住所に変更があったとき。

ロ．この手帳を失ったとき。

ハ．この手帳を汚損したとき。

ニ．この手帳に余白がなくなったとき。

３．有効期限が経過したときは、所轄労働基準監督署長を経由して、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に、この手帳を返納してください。

４．手帳の更新を希望する場合は、有効期限の切れる１ヶ月前までに所轄労働基準監督署長を経由して、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に「健康管理手帳更新・再交付申請書」により申請してください。

＜アフターケアの受けられる期間＞

原則として治ゆ後３年ですが、医学的に継続してアフターケアを受ける必要があると認められる方は、引き続き受けることができます。

＜アフターケアの内容＞

（１）　診　　察：原則として１ヶ月に１回程度

（２）　保健指導

（３）　薬剤の支給

（４）　健康診断

健康管理手帳番号

炭鉱災害による一酸化炭素中毒症

健　康　管　理　手　帳

交　　付

有効期限

氏　　名

厚　生　労　働　省

アフターケア記録

①

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		

②

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		

③

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		

④

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		

⑤

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		

⑥

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		