様式第4号(第9条関係)

(表紙(表面))

番号＿＿＿＿＿

炭鉱災害による一酸化

炭素中毒症被災労働者

健　康　管　理　手　帳

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

厚 生 労 働 省

(表紙(内面))

氏　　名	
生 年 月 日	年　　月　　日
住　　所	都道　　区　　町 市　　番地 府県　　郡　　村

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条の規定により交付します。

＿＿＿年　　月　　日

＿＿＿＿＿労働局長　印

（第1頁）

被災場所	都道府県　区市郡　町村 事業の名称	
被災年月日	年　月　日	
被災状況		
療養期間	療養開始	年　月　日
	治ゆ	年　月　日
治ゆ時における障害の部位および状態	障害等級第　級	

（第2頁）

アフターケア記録

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		

（第3頁～第6頁）

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		

（裏表紙(内面)）

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、労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院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つてください。

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つたとき。

ロ　この手帳を失つたとき。

ハ　この手帳を汚損したとき。

ニ　この手帳に余白がなくなつたとき。

3　この手帳の有効期間は、　　年　　月　　日までです。

4　有効期間が経過したときは、事業場の所在地を管轄する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。