

基発第0321001号

平成20年3月21日

都道府県労働局長 殿

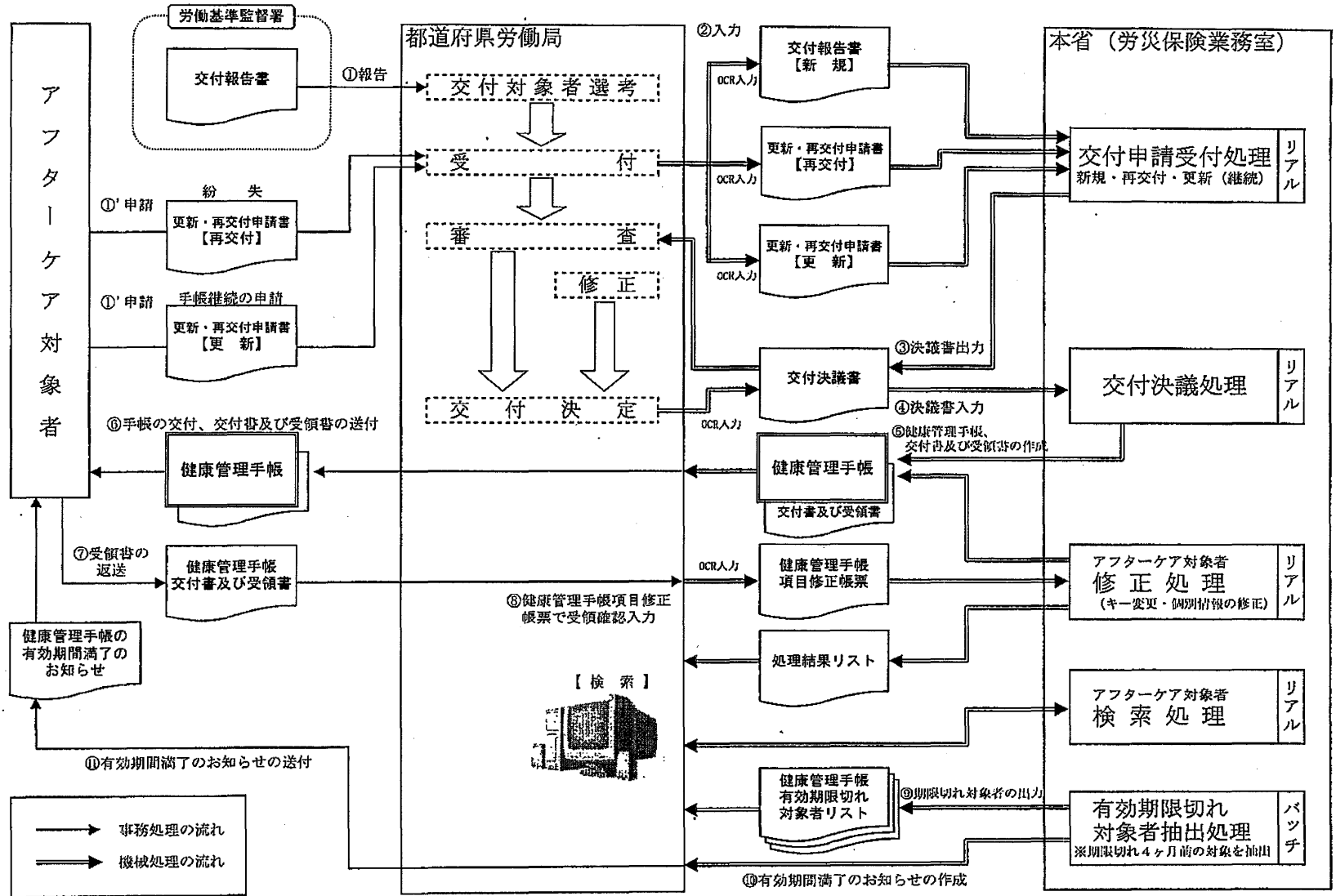
厚生労働省労働基準局長

(公印省略)

アフターケアシステムに関する機械処理事務の一部変更について

アフターケアシステムに関する機械処理事務については、平成12年9月8日付け基発第567号「アフターケアシステムに関する機械処理事務について」(以下「567号通達」という。)により取り扱ってきたところであるが、今般、健康管理手帳の更新・再交付申請及び返納方法の変更について、平成20年3月19日付け基発第0319008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委託費の点検業務等委託事務処理要領の一部改正について」により指示したところである。

これに伴い、アフターケアシステムにおける健康管理手帳の印字内容の改修を同年4月1日に実施するとともに、567号通達の一部を別紙のとおり改めるので、機械処理事務に遺漏なきを期されたい。



3 健康管理手帳更新・再交付関係

(1) 健康管理手帳更新・再交付申請書【帳票種別37201】

イ 機械処理の流れ

機 械 処 理 の 流 れ	処 理 の 説 明
<pre> graph TD A[健康管理手帳更新・再交付申請書] --> B[キャンセルチェック] B -- キャンセル --> C[キャンセル画面] B --> D[健康管理手帳交付決議書] B --> E[処理結果リスト] </pre>	<ul style="list-style-type: none"> ● アフターケア対象者から提出された更新・再交付申請書審査後に、OCR入力を行う。 ● 即時にキャンセルのチェックを行い、キャンセルとなったものについては、キャンセルメッセージをOCR画面に出力する。 ● 正常に処理された場合は決議書を出力する。 また、メッセージがある場合には、該当するメッセージを処理結果リストに出力する。

ロ 関連する事務処理

- (イ) 対象者より「健康管理手帳更新・再交付申請書」が提出された場合、直ちに受付日付印を所定の箇所に押印すること。
- (ロ) 更新・再交付申請受付時に、申請書にて対象者氏名、住所の変更が確認できたものについては、受付入力を行う前に、「手帳項目修正帳票」にて対象者情報の修正を行うこと。
- (ハ) 必須記入項目に、記入もれがある場合又は記載内容に不備な点がある場合は、職員記入欄に必要な入力項目を記入してOCR入力を行った上で不備返戻の手続きをとること。
- (ニ) 職員記入欄に必要な項目を記入し、OCR入力を行うこと。

健康管理手帳更新・再交付申請書

紙票種別 3 7 2 0 1	① 管轄局 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>											
② 更新・再交付 <input type="checkbox"/> 1 更新 <input type="checkbox"/> 3 再交付	③ 受付年月日 7 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日											
④ 現在の健康管理手帳番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <th>西暦年</th> <th>所轄局</th> <th>検病番号</th> <th>振出番号</th> <th>枝番号</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			西暦年	所轄局	検病番号	振出番号	枝番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
西暦年	所轄局	検病番号	振出番号	枝番号								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
健康管理手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。 労働局長 殿 申請者の (〒 - -) 住 所 _____ (TEL - - -) フリガナ _____ 印 氏 名 _____ (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. アフターケア記録簿がなくなったため ニ. その他 (具体的に書いてください) ()												
備 考	受付印 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div>											

番号 0013000000-000

カナ	ロウサイ タロウ
氏名	労災 太郎

生年月日 昭和51年 8月21日

住所 東京都
練馬区
上石神井
4-8-4

健康診断日 平成15年 5月 9日

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。
平成12年 5月10日

東京 労働局長 印

労働保険番号 13102111111-999

被災時の所属事業場
名称 労災保険業務室

所在地 東京都
文京区後楽
1-7-22

負傷年月日 平成 7年 7月28日

療養期間 平成 7年 7月28日

療養開始 平成 7年 7月28日

症状固定(法中) 平成 8年 7月28日

障害等級 第 3 級

症状固定(法中)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はこの手帳を提出し、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、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. この手帳を紛失したとき。
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. 有効期間が経過したときは、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、有効期間の切れる1カ月前までに、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」を添付の上、「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>

原則として治癒後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カ月に1回程度
- (2) 保健指導
- (3) 処 置：薬剤の支給
- (4) 検 査 (健康診断)

健康管理手帳番号 0013000000-000

炭鉱災害による一酸化炭素中毒症

健康 管理 手 帳

交 付 平成12年 5月10日

有効期限 平成15年 5月 9日

氏 名 労災 太郎

厚生労働省

6 その他の出力帳票・業務資料等

(1) 健康管理手帳の有効期間満了のお知らせ

イ 様式

表面

(293)

対象者氏名	
健康管理手帳番号	
有効期限	年 月 日

平成 年 月 日

所在地

局 名

は
が
き

裏面

健康管理手帳の有効期間満了のお知らせ

貴殿に交付しています健康管理手帳は表面記載の期日までの有効期間となっています。

この手帳の有効期間が経過したときは、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長（以下「所轄都道府県労働局長」といいます。）に、返納してください。

また、手帳の更新を希望する場合は、有効期間が満了となる1か月前までに所轄都道府県労働局長に「アフターケア実施期間の更新に関する診断書」を添付の上、「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。（せき随損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカ又は除細動器を植え込んだ方）及び循環器障害（人工弁又は人工血管に置換した方）については、手帳の更新に当たり、診断書は必要ありません。）

ただし、「頭頸部外傷症候群等に係るアフターケア」の中で、頭頸部外傷症候群、頸肩腕症候群及び腰痛については、手帳の更新をすることはできません。

(物品番号 81107)