

(様式第1号)

<p style="text-align: center;">番号</p> <table border="1"><tr><td style="width: 50%;">カナ</td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td>氏名</td><td></td></tr></table> <p>生年月日 _____ 住所 _____</p> <p>手帳有効期限 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 労働局長 印</p>	カナ		氏名		<p>労働保険番号 _____</p> <p>被災時の所属事業場 名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>被災年月日 _____ 療養期間 _____ 療養開始 _____</p> <p>症状固定(自明) _____</p> <p>障害等級 第 <input type="checkbox"/> 級</p> <p>症状固定(治療)時における障害の部位・状態 _____</p>
カナ					
氏名					

<p>注意事項</p>	
-------------	--

労働者災害補償保険

アフターケア手帳番号

アフターケア手帳

交付

有効期限

氏名 _____

厚生労働省

