

アフターケア

手帳交付申請書

標準字体

0	5	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	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)
カ^ハ ハ[°]

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">37210</div>	①管轄局 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	※②受付年月日 9令和 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																										
③労働保険番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 2.5%;">府</td><td style="width: 2.5%;">県</td><td style="width: 2.5%;">所</td><td style="width: 2.5%;">掌</td><td style="width: 2.5%;">管</td><td style="width: 2.5%;">轄</td><td style="width: 2.5%;">基</td><td style="width: 2.5%;">幹</td><td style="width: 2.5%;">番</td><td style="width: 2.5%;">号</td><td style="width: 2.5%;">枝</td><td style="width: 2.5%;">番</td><td style="width: 2.5%;">号</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>			府	県	所	掌	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
府	県	所	掌	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号																
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
④生年月日 (<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																												
⑤傷病年月日 (<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																												
⑥年金証書番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 2.5%;">管</td><td style="width: 2.5%;">轄</td><td style="width: 2.5%;">局</td><td style="width: 2.5%;">種</td><td style="width: 2.5%;">別</td><td style="width: 2.5%;">西</td><td style="width: 2.5%;">暦</td><td style="width: 2.5%;">年</td><td style="width: 2.5%;">番</td><td style="width: 2.5%;">号</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td><td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>			管	轄	局	種	別	西	暦	年	番	号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						
管	轄	局	種	別	西	暦	年	番	号																			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																			
⑦対象傷病コード <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																												
⑧性別 <input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 3 女																												
⑨対象者氏名 (カナ) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> 姓と名の間は1字あけて記入して下さい																												
⑩対象者氏名 (漢字) ⑪郵便番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> 姓と名の間は1字あけて記入して下さい																												
⑫都道府県コード <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ⑬住所 (漢字) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑭(続き) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑮(続き) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑯住所 (カナ) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑰(続き) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑱(続き) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> ⑲電話番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>																												
⑳業通別 <input type="checkbox"/> 1 業務災害 <input type="checkbox"/> 3 通勤災害 ※㉑業種別 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ※㉒管轄局署 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																												
㉓治ゆ年月日 (<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																												
備考 労働局長 殿 _____ 年 月 日 (〒 _____) フリガナ 申請者の 住所 _____ 氏名 (電話 _____)		受付印 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 80px;"></div>																										

※印の欄は記入しないでください