

様式第4号の2

第 号
(元号) 年 月 日

殿

労働局長

アフターケア手帳の再交付について

(元号) 年 月 日に申請された標記について、別添のとおり下記
傷病名に係るアフターケア手帳を再交付します。

記

対象傷病名 _____

アフターケアを受けようとするときは、アフターケア手帳に記載の注意事項
を読み、労災指定医療機関等にこのアフターケア手帳を提出してください。

なお、所轄局長から返還を求められた場合を除き、手帳の再交付を受けた場
合でも、前回交付された手帳の返納は必要ありません。