

仕事によるケガや病気で療養中の方、治った方へ

アフターケア制度のご案内

仕事中や通勤途中で、ケガや病気になり、療養されている方は、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気を防ぐため、労災保険指定医療機関でアフターケア（診察や保健指導、検査など）を無料で受診することができます。

このパンフレットでは、アフターケアの対象となるケガや病気の範囲や申請の手続きなどについて紹介します。

目次

(ページ)

| | |
|-------------------------------------|----|
| 「アフターケア制度」とは | 1 |
| アフターケアの対象となるケガや病気 | 2 |
| アフターケアを受けるための手続き （「健康管理手帳」の交付申請） | 3 |
| 「健康管理手帳」の更新の手続き | 8 |
| 傷病別のアフターケア | 14 |
| アフターケア通院費 | 43 |
| 都道府県労働局一覧 | 47 |



都道府県労働局 労働基準監督署

「アフターケア制度」とは

1. 目的

仕事または通勤でケガや病気をされた方に対し、そのケガや病気が治った後も、再発や後遺障害に伴う新たな病気の発症を防ぐため、必要に応じて、診察、保健指導、保健のための処置、検査を行い、円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としています。

※「治った」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。

2. 対象となるケガや病気、対象者

アフターケアの対象となるケガや病気は、せき髄損傷など20種類あり（2ページ参照）、一定の障害等級などを対象者の要件としています。

※「障害等級」とは、仕事または通勤によるケガや病気が治った後、身体に一定の障害が残った場合に、その障害の程度に応じて第1級から第14級までの14段階に区分し、障害の程度を評価するもの。

3. 手続き

アフターケアを受けるためには、申請者の所属事業場を管轄する都道府県労働局長に申請する必要があります。申請できる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。

「アフターケア健康管理手帳の新規・更的手続き」（13ページ参照）をご確認ください。

4. 受診

申請が認められると、都道府県労働局からアフターケア健康管理手帳（以下「手帳」）が交付されます。診察、保健指導、保健のための処置、検査を、アフターケア実施要領で定められた範囲内で、労災保険指定医療機関で、手帳保有者の費用負担がなく、受けることができます。

アフターケアを受けるには、労災保険指定医療機関の窓口で、その都度、手帳を提示し、所定の欄に受診結果を記入してもらう必要があります。手帳の提示がない場合は、アフターケアを受けられませんのでご注意ください。

なお、保健のための処置のうち薬剤の支給については、労災保険指定薬局で受けられます。

※労災保険指定医療機関及び労災保険指定薬局以外でアフターケアを受けることはできません。

5. 通院費

アフターケアを受けるための通院費は、一定の要件を満たした場合に支給されます。

「アフターケア通院費」（43ページ参照）をご確認ください。

※発生した翌月から5年を経過すると請求することが出来ません。

| | |
|--|----|
| せき髄損傷 (01) | 14 |
| 頭頸部外傷症候群等 (頭頸部外傷症候群 (21)、頸肩腕障害 (22)、腰痛 (23)) | 16 |
| 尿路系障害 (24～25) | 17 |
| 慢性肝炎 (26～27) | 19 |
| 白内障等の眼疾患 (05) | 20 |
| 振動障害 (06) | 21 |
| 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折 (07) | 23 |
| 人工関節・人工骨頭置換 (08) | 24 |
| 慢性化膿性骨髄炎 (09) | 25 |
| 虚血性心疾患等 (28～29) | 26 |
| 尿路系腫瘍 (11) | 28 |
| 脳の器質性障害 (30～34) | 29 |
| 外傷による末梢神経損傷 (14) | 32 |
| 熱傷 (15) | 33 |
| サリン中毒 (16) | 34 |
| 精神障害 (17) | 36 |
| 循環器障害 (35～37) | 37 |
| 呼吸機能障害 (19) | 39 |
| 消化器障害 (20) | 40 |
| 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 (00) | 42 |

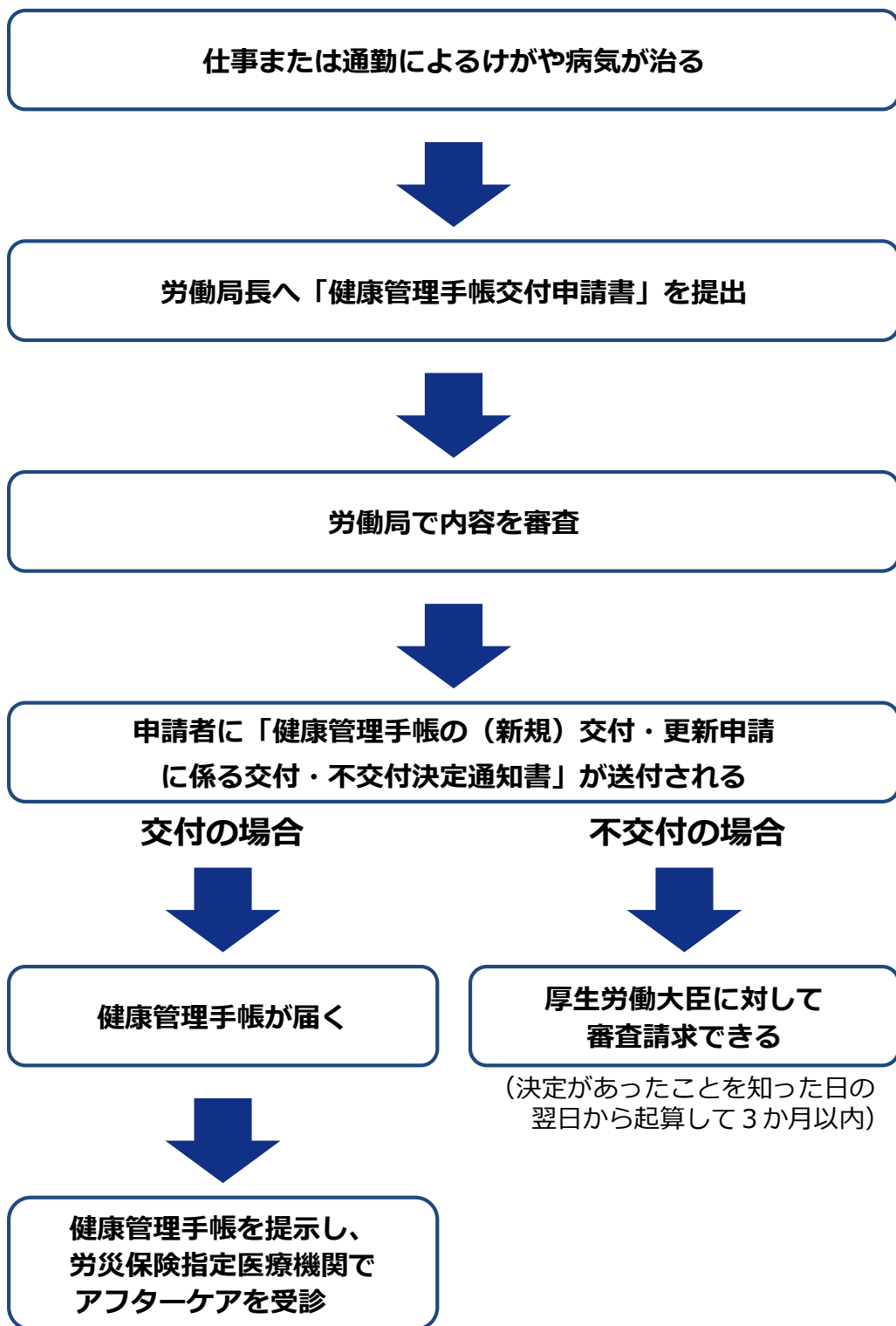
※括弧内の数字は対象傷病コードです。

アフターケアを受けるための手続き

アフターケアを受けるためには、都道府県労働局長に申請が必要です。

| | |
|-------|---|
| 申請の時期 | けがや病気が治ったとき 「治った」とは、完全な回復だけでなく、医療を行ってもそれ以上の効果が期待できず、症状が安定した状態を含みます。 |
| 申請先 | 所属事業場を管轄する都道府県労働局長 |
| 提出書類 | 健康管理手帳交付申請書 申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。 厚生労働省ウェブサイトからもダウンロードできます。 ■厚生労働省ウェブサイト https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.html トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 雇用・労働 > 労働基準> 施策情報> 労災補償> 労災保険給付関係請求書等ダウンロード |
| 申請期限 | <p>申請は、ケガや病気が治った日の翌日から起算して健康管理手帳の新規交付の有効期間として定められた期間内※に行わなければなりません。 申請できる期間は、対象となるケガや病気によって異なります。 ※健康管理手帳の新規交付の有効期間に「交付日から起算して3年間です」と書いてある場合は、治った日の翌日から3年以内が申請可能な期間です。</p> <p>ケガをした日 治った日の翌日 申請期限</p> <p>申請期間 (新規交付の有効期間) 申請不可</p> <p>ただし、次の該当者はアフターケアを必要とする期間に定めがないので、いつでも申請できます</p> <ul style="list-style-type: none">・ せき髄損傷・ 人工関節・人工骨頭置換・ 虚血性心疾患等（ペースメーカー、除細動器を植え込んだ方）・ 循環器障害（人工弁、人工血管に置換した方） |

「健康管理手帳」の新規交付の流れ



| 都道府県コード | | | |
|---------|------|--------|------|
| コードNo. | 都道府県 | コードNo. | 都道府県 |
| 01 | 北海道 | 25 | 滋賀 |
| 02 | 青森 | 26 | 京都 |
| 03 | 岩手 | 27 | 大阪 |
| 04 | 宮城 | 28 | 兵庫 |
| 05 | 秋田 | 29 | 奈良 |
| 06 | 山形 | 30 | 和歌山 |
| 07 | 福島 | 31 | 鳥取 |
| 08 | 茨城 | 32 | 島根 |
| 09 | 栃木 | 33 | 岡山 |
| 10 | 群馬 | 34 | 広島 |
| 11 | 埼玉 | 35 | 山口 |
| 12 | 千葉 | 36 | 徳島 |
| 13 | 東京 | 37 | 香川 |
| 14 | 神奈川 | 38 | 愛媛 |
| 15 | 新潟 | 39 | 高知 |
| 16 | 富山 | 40 | 福岡 |
| 17 | 石川 | 41 | 佐賀 |
| 18 | 福井 | 42 | 長崎 |
| 19 | 山梨 | 43 | 熊本 |
| 20 | 長野 | 44 | 大分 |
| 21 | 岐阜 | 45 | 宮崎 |
| 22 | 静岡 | 46 | 鹿児島 |
| 23 | 愛知 | 47 | 沖縄 |
| 24 | 三重 | | |

| 対象傷病コード | |
|---------|----------------------------|
| コードNo. | 対象傷病名 |
| 00 | 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 |
| 01 | せき髄損傷 |
| 05 | 白内障等の眼疾患 |
| 06 | 振動障害 |
| 07 | 大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折 |
| 08 | 人工関節・人工骨頭置換 |
| 09 | 慢性化膿性骨髄炎 |
| 11 | 尿路系腫瘍 |
| 14 | 外傷による末梢神経損傷 |
| 15 | 熱傷 |
| 16 | サリン中毒 |
| 17 | 精神障害 |
| 19 | 呼吸機能障害 |
| 20 | 消化器障害 |
| 21 | 頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群） |
| 22 | 頭頸部外傷症候群等（頸肩腕障害） |
| 23 | 頭頸部外傷症候群等（腰痛） |
| 24 | 尿路系障害（尿道狭さく及び尿路変向術後） |
| 25 | 尿路系障害（代用膀胱造設後） |
| 26 | 慢性肝炎（HB e抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染） |
| 27 | 慢性肝炎（HB e抗原陰性） |
| 28 | 虚血性心疾患等（虚血性心疾患） |
| 29 | 虚血性心疾患等（ペースメーカー及び除細動器） |
| 30 | 脳の器質性障害（一酸化炭素中毒（炭鉱災害を除く）） |
| 31 | 脳の器質性障害（外傷による脳の器質的損傷） |
| 32 | 脳の器質性障害（減圧症） |
| 33 | 脳の器質性障害（脳血管疾患） |
| 34 | 脳の器質性障害（有機溶剤中毒等） |
| 35 | 循環器障害（弁損傷及び心膜病変） |
| 36 | 循環器障害（人工弁置換後） |
| 37 | 循環器障害（人工血管置換後） |

健康管理手帳交付申請書の「⑫都道府県コード」、「⑦対象傷病コード」には、上記の表の該当する「コードNo.」を、それぞれ記載してください。

「健康管理手帳」の更新の手続き

| | |
|--------------|---|
| <p>申請の時期</p> | <p>手帳の有効期間が満了する日の1か月前まで</p> <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長から、「健康管理手帳の有効期間満了のお知らせ」が事前にご自宅に届きます。</p> <p>※更新期限を超過してしまうと更新は認められません。</p> |
| <p>申請先</p> | <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</p> |
| <p>提出書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康管理手帳更新・再交付申請書 (10ページ参照) ・ アフターケアの実施期間の更新に関する診断書※ (11、12ページ参照) <p>※せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカー、除細動器を植え込んだ方）、循環器障害（人工弁、人工血管に置換した方）は、診断書は必要ありません。</p> <p>※診断書料は自己負担となります。</p> <p>申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。 厚生労働省ウェブサイトからもダウンロードできます。</p> <p>■厚生労働省ウェブサイト https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.htm トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 雇用・労働 > 労働基準> 施策情報> 労災補償> 労災保険給付関係請求書等ダウンロード</p> |
| <p>交付</p> | <p>手帳の更新が認められると、都道府県労働局長からアフターケア健康管理手帳が交付されます。</p> |

「健康管理手帳」の更新交付の流れ

「健康管理手帳の有効期間満了のお知らせ」が届く



アフターケアを受けている医療機関の主治医に「アフターケアの実施期間の更新に係る診断書」を作成してもらう

せき髄損傷、人工関節・人工骨頭置換、虚血性心疾患等（ペースメーカー、除細動器を植え込んだ方）、循環器障害（人工弁、人工血管に置換した方）は、診断書の提出は必要ありません。

※診断書料は自己負担となります。



労働局長へ以下の書類を提出する

- ・ 「健康管理手帳更新・再交付申請書」
- ・ 「アフターケアの実施期間の更新に係る診断書」



労働局で健康管理手帳更新の可否を判断



申請者に「健康管理手帳の（新規）交付・更新申請に係る交付・不交付決定通知書」が送付される

交付の場合

不交付の場合



健康管理手帳が届く

厚生労働大臣に対して
審査請求できる

(決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内)



健康管理手帳を提示し、
労災保険指定医療機関で
アフターケアを受診

申請書記載例（更新）

実施要領様式第3号

※標準
字体

0123456789

健康管理手帳更新・再交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------|-----|------|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 帳票種別 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> | ①管轄局 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="background-color: #ccc; padding: 5px; border-radius: 5px; display: inline-block;"> ここは職員が記入します。 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②更新・再交付 <input type="checkbox"/> 1 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 3 再交付 | ③受付年月日 元号 年 月 日 9令和 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④現在の健康管理手帳番号 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>西暦年</td><td>所轄局</td><td>傷病番号</td><td>振出番号</td><td>枝番号</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table> | | | 西暦年 | 所轄局 | 傷病番号 | 振出番号 | 枝番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 西暦年 | 所轄局 | 傷病番号 | 振出番号 | 枝番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理手帳の 更 新 ・再交付 を申請します。 東京 労働局長 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="background-color: #ccc; padding: 5px; border-radius: 5px; display: inline-block;"> 更新に○を付けてください。 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の (〒 100 - 8916) 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2 (TEL 03 - 1234 - 5678) フリガナ ロウサイ タロウ 氏名 労災 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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. アフターケア記録欄がなくなったため ニ. その他（具体的に書いてください） () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | 受付印 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記載例(医師が記載するものです)

(様式第3号別紙)

アフターケアの実施期間の更新に関する診断書

| | | | | | |
|---|------|-----|------|---|-----|
| ふりがな 氏名 | ロウサイ | タロウ | 生年月日 | 大・ <input checked="" type="radio"/> 平・令 | 男・女 |
| | 労災 | 太郎 | | 50年 7月 30日 | |
| 1 対象傷病名 〇〇病 | | | | | |
| 2 最近1年間の診察実施回数： <u>1</u> か月に <u>1</u> 回程度 (例えば、「 <u>1</u> か月に <u>1</u> 回程度」、「 <u>1</u> か月に <u>2</u> 回程度」、「 <u>3</u> か月に <u>1</u> 回程度」と記入してください。また、最近1年間に診察がなかった場合は、「 <u>1</u> 2か月に <u>0</u> 回程度」と記入してください。) | | | | | |
| 3 後遺症状の状態 (1) 現在における後遺症状の状態(具体的に記載してください。)： 〇〇の痛み、痺れがある。 | | | | | |
| (2) 後遺症状の動揺 [*] のおそれ(該当する番号を○で囲んでください。) ① あり (a: 治ゆ時より減少 <input checked="" type="radio"/> b: 治ゆ時と同程度 c: 治ゆ時より増大) ② なし (3) 後遺障害に付随する疾病の発症のおそれ(該当する番号を○で囲んでください。) ① あり (a: 治ゆ時より減少 <input checked="" type="radio"/> b: 治ゆ時と同程度 c: 治ゆ時より増大) ② なし (2) 及び (3) については、「① あり」の場合には、それぞれの「おそれ」の程度が治ゆ時と比較してどのような状態にあるか、括弧内の該当する記号を○で囲んでください。 | | | | | |

(※) 「後遺症状の動揺」とは、後遺症状の程度の増減又は変動をいいます。

4 実施期間の更新の必要性（該当する番号を○で囲んでください。）

①あり ②なし

※ 「①あり」の場合には、以下の「（１）実施期間の更新を必要とする理由」を具体的に記述し、「（２）今後予想される必要とする診察実施回数」を記入してください。

（１）実施期間の更新を必要とする理由：

後遺症状の動揺及び付随する疾病の発症を抑えることに
期待できるため。

（２）今後予想される必要とする診察実施回数： 1 か月に 1 回程度

上記のとおり診断します。

令和 ○年 ○月 ○日

実施医療機関等

名称

〇〇病院

所在地

東京都千代田区霞が関〇-〇-〇

診療科

〇〇科

医師名

〇〇 〇〇

| 傷病名 | 申請期間 | 有効期間 | | 更新時の 診断書の要否 |
|--|---|----------------------------------|--|--|
| | 新規 (治った日の翌日から起算して) | 新規 (交付日から起算して) | 更新 | |
| せき髄損傷 | いつでも | 3年間 | 5年間 | × |
| 頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群 ②頸肩腕障害 ③腰痛 | 2年間 | 2年間 | 更新不可 | 更新不可 |
| 尿路系障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 慢性肝炎 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 白内障等の眼疾患 | 2年間 | 2年間 | 1年間 | ○ |
| 振動障害 | 2年間 | 2年間 | 1年間 | ○ |
| 大腿骨頸部骨折及び股関節 脱臼・脱臼骨折 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 人工関節・人工骨頭置換 | いつでも | 3年間 | 5年間 | × |
| 慢性化膿性骨髄炎 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 虚血性心疾患等 | 3年間 (虚血性心疾患) いつでも (ペースメーカー等) | 3年間 | 1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカー等) | ○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカー等) |
| 尿路系腫瘍 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒 (炭鉱災害によるものを含む)を除く) | 2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤) | 2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤) | 1年間 | ○ |
| 外傷による末梢神経損傷 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 熱傷 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| サリン中毒 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 精神障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 循環器障害 | 3年間 (心臓弁損傷及び心膜病変) いつでも (人工弁又は人工血管) | 3年間 | 1年間 (心臓弁損傷及び 心膜病変) 5年間 (人工弁又は 人工血管) | ○ (心臓弁損傷及び 心膜病変) × (人工弁又は 人工血管) |
| 呼吸機能障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 消化器障害 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |
| 炭鉱災害による一酸化炭素中毒 | 3年間 | 3年間 | 1年間 | ○ |

せき髄損傷に関するアフターケア (コードNo.01)

趣 旨

せき髄損傷者は、ケガや病気が治った（以下「症状固定」）後も尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下の(1)～(3)のすべて、または(1)、(3)及び(4)を満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害によるせき髄損傷者
- (2) 労災保険法による障害等級第3級以上の障害補償給付、複数事業労働者障害給付または障害給付（以下「障害（補償）等給付」）を受けている方、または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
- (4) 障害等級第4級以下の障害（補償）等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 褥瘡処置

医師が必要と認めた場合は、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。

イ 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）、滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。
- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬
- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。
- ⑤ 自律神経薬
- ⑥ 末梢神経障害治療薬
- ⑦ 向精神薬
- ⑧ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- ⑨ 整腸薬、下剤と浣腸薬

(4) 対象となる検査

| | |
|--|-----------------------------|
| ① 尿検査（尿培養検査を含む） | 診察の都度、必要に応じて実施 |
| ② CRP検査 | 1年に2回程度 |
| ③ 末梢血液一般・生化学的検査 ④ 膀胱機能検査（残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるものを含みます。 | 1年に1回程度 |
| ⑤ 腎臓、膀胱と尿道のエックス線検査 | |
| ⑥ 損傷せき椎と麻痺域関節のエックス線、CT、MRI検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度 |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間です。

頭頸部外傷症候群等に関するアフターケア (コードNo.21～23)

趣 旨

頭頸部外傷症候群等の傷病者で、症状固定後も神経に障害を残す場合は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下の(1)～(3)のすべて、または(1)、(3)及び(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害で次の①～③に掲げる傷病にり患した方
 - ① 頭頸部外傷症候群【21】
 - ② 頸肩腕障害【22】
上肢等に過度の負担のかかる業務によって、後頭部、頸部、肩甲帯、上肢、前腕、手、指に発生した運動器の障害をいいます。
 - ③ 腰痛【23】
- (2) 労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
- (4) 障害等級第10級以下の障害（補償）等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 神経系機能賦活薬
 - ② 向精神薬（頭頸部外傷症候群に限る）
 - ③ 筋弛緩薬
 - ④ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
 - ⑤ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬と昇圧薬を含む）
血液の循環の改善を必要とするものに対して必要に応じて支給します。
- (4) 対象となる検査

| | |
|---------|-------------------------------|
| エックス線検査 | 各傷病について必要と認められる部位について、1年に1回程度 |
|---------|-------------------------------|

健康管理手帳の有効期間

交付日から起算して2年間です。

なお、健康管理手帳の更新はできません。

尿路系障害に関するアフターケア (コードNo.24～25)

趣 旨

尿道断裂や骨盤骨折等で、尿道狭さくの障害を残す方や尿路変向術等を受けた方は、症状固定後も尿流が妨げられるため腎機能障害や尿路感染症を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害で、尿道狭さくの障害を残す方または尿路変向術を受けた方【24】または代用膀胱を造設された方【25】
- (2) 労災保険法による障害(補償)等給付を受けている方、または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 尿道ブジー(誘導ブジーを含む)

| 狭さくの度合い | 処 置 |
|--|---|
| シャリエ式尿道ブジー第20番がかろうじて通り、ときどき拡張術を行う必要がある | 1～4か月に1回程度の拡張術 |
| <ul style="list-style-type: none">・ シャリエ式尿道ブジー第16番または第19番程度による拡張術が必要・ シャリエ式尿道ブジー第15番程度以下のブジーによる拡張術が必要 | <ul style="list-style-type: none">・ 目標番数(通常は20番)に達するまでの3～6か月は週1回程度の拡張術・ 目標番数に達した後は、1～4か月に1回(尿道の状態確認のための尿道ブジーによる) |
| 糸状ブジーがかろうじて通る | 再発として扱う(別途労災手続が必要) |

イ 尿路処置(導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む)

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル(収尿袋を含む)、カテーテル用消毒液(洗浄剤と潤滑剤を含む)と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

①～⑤の薬剤については、尿道ブジーと尿路処置の実施の都度、必要に応じて1週間分程度支給できます。

- ① 止血薬
- ② 抗菌薬(抗生物質を含む)
- ③ 自律神経薬
- ④ 鎮痛・消炎薬
- ⑤ 尿路処置用外用薬
- ⑥ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬

(4) 対象となる検査

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| ① 尿検査（尿培養検査を含む） | 1～3か月に1回程度 |
| ② 末梢血液一般・生化学的検査 ③ CRP検査 | 1年に2回程度 |
| ④ エックス線検査 ⑤ 腹部超音波検査 | 1年に1回程度 |
| ⑥ CT検査 | 代用膀胱を造設した方に対し、1年に1回程度 |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

慢性肝炎に関するアフターケア (コードNo.26～27)

趣 旨

慢性肝炎にり患した方で、症状固定後もウイルスの持続感染が認められる方は、肝炎の再燃または肝病変の進行をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害でウイルス肝炎にり患した方で、労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (2) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診察
 - ① HBe抗原陽性の方とC型肝炎ウイルスに感染している方は、原則として1か月に1回程度【26】
 - ② HBe抗原陰性の方は、原則として6か月に1回程度【27】
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 対象となる検査

| | |
|--|--|
| ① 末梢血液一般検査 | 6か月に1回程度 |
| ② 生化学的検査 | ア HBe抗原陽性者とC型肝炎ウイルス感染者は、1か月に1回程度 イ HBe抗原陰性者は、6か月に1回程度 |
| ③ 腹部超音波検査 | 6か月に1回程度 |
| ④ B型肝炎ウイルス感染マーカー ⑤ HCV抗体 ⑥ HCV-RNA同定（定性）検査 ⑦ AFP(α-フェトプロテイン) ⑧ PIVKA-II ⑨ プロトロンビン時間検査 ⑩ CT検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に限る |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

白内障等の眼疾患に関するアフターケア (コードNo.05)

趣 旨

白内障等の眼疾患に罹患した方は、症状固定後も視機能に動揺をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下の(1)~(3)のすべて、または(1)、(3)及び(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による白内障、緑内障、網膜剥離、角膜疾患、眼瞼内反等の眼疾患の方
- (2) 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害（補償）等給付を受けていない方（症状固定した方に限る）でも、医学的に特に必要があると認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 睫毛抜去
眼瞼内反による睫毛乱生のために必要な方に対して行います。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 外用薬
 - ② 眼圧降下薬
- (4) 対象となる検査

| | |
|--|----------------|
| <ol style="list-style-type: none">① 矯正視力検査② 屈折検査③ 細隙燈顕微鏡検査④ 前房隅角検査⑤ 精密眼圧測定⑥ 精密眼底検査⑦ 量的視野検査 | 診察の都度、必要に応じて実施 |
|--|----------------|

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して2年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

振動障害に関するアフターケア (コードNo.06)

趣 旨

振動障害にり患した方は、症状固定後も季節の変化等に伴い、後遺症状に動揺をきたす場合が見られることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害による振動障害の傷病者で、労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (2) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に2～4回程度
(寒冷期は、医師の意見を踏まえ、その必要とする回数)
- (2) 保健指導：診察の都度
特に身体局所に対する振動刺激を避けるよう努めさせるとともに、防寒・保温、適度の運動の実施、喫煙の禁止等日常生活上の配慮について指導します。
- (3) 保健のための処置
 - ア 理学療法
診察の都度、必要と認められる場合
 - イ 注射
診察の都度、特に必要と認められる場合、一時的な消炎・鎮痛のために行います。
 - ウ 薬剤の支給
 - ① ニコチン酸薬
 - ② 循環ホルモン薬
 - ③ ビタミンB₁、B₂、B₆、B₁₂、E剤
 - ④ Ca拮抗薬
 - ⑤ 交感神経α-受容体抑制薬
 - ⑥ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

- | | |
|---|---------|
| <ol style="list-style-type: none">① 末梢血液一般・生化学的検査② 尿検査③ 末梢循環機能検査<ol style="list-style-type: none">(i) 常温下皮膚温・爪圧迫検査(ii) 冷水負荷皮膚温・爪圧迫検査④ 末梢神経機能検査<ol style="list-style-type: none">(i) 常温下痛覚・振動覚検査(ii) 冷水負荷痛覚・振動覚検査(iii) 神経伝導速度検査 (遅発性尺骨神経麻痺の場合に限る)⑤ 末梢運動機能検査 握力の検査 | 1年に1回程度 |
|---|---------|

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して2年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に関するアフターケア (コードNo.07)

趣 旨

大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折の傷病者は、症状固定後も大腿骨骨頭壊死の発症をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下の(1)~(3)のすべて、または(1)、(3)及び(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による大腿骨頸部骨折と股関節脱臼・脱臼骨折した方
- (2) 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害（補償）等給付を受けていない方（症状固定した方に限る）でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

| | |
|--------------------|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 | 3～6か月に1回程度 |
| ② エックス線検査 | |
| ③ シンチグラム、CT、MRI等検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

人工関節・人工骨頭置換に関するアフターケア (コードNo.08)

趣 旨

人工関節及び人工骨頭を置換した方は、症状固定後も人工関節と人工骨頭の耐久性やルースニング（機械的または感染）により症状発現するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害で、人工関節及び人工骨頭を置換した方
- (2) 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として3～6か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② エックス線検査 | 3～6か月に1回程度 |
| ③ CRP検査 | 1年に2回程度 |
| ④ シンチグラム検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間です。

慢性化膿性骨髄炎に関するアフターケア (コードNo.09)

趣 旨

骨折等により化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方は、症状固定後も骨髄炎が再燃するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による骨折等で化膿性骨髄炎を併発し、引き続き慢性化膿性骨髄炎に移行した方
- (2) 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1～3か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
 - ② 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- (4) 対象となる検査

| | |
|--------------------|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 | 1～3か月に1回程度 |
| ② 細菌検査 | 診療の都度、必要に応じて実施 |
| ③ CRP検査 | 1年に2回程度 |
| ④ エックス線検査 | 3～6か月に1回程度 |
| ⑤ シンチグラム、CT、MRI等検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

虚血性心疾患等に関するアフターケア (コードNo.28～29)

趣 旨

虚血性心疾患にり患した方とペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方は、症状固定後も、狭心症、不整脈、心機能障害が残存することが多く、また、植え込んだペースメーカーまたは除細動器は、身体条件の変化や機器の不具合等で不適正な機器の作動が生じるおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者

(1) 虚血性心疾患にり患した方

(以下の①～④のすべて、または①、③及び④を満たす方が対象) 【28】

- ① 業務災害で虚血性心疾患にり患した方
- ② 労災保険法による障害等級第9級以上の障害(補償)等給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- ③ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
- ④ 障害等級第10級以下の障害(補償)等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

(2) ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方(以下のすべてを満たす方が対象) 【29】

- ① 業務災害または通勤災害でペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方
- ② 労災保険法による障害(補償)等給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- ③ 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

(1) 診察

- ① 虚血性心疾患にり患した方は、原則として1か月に1回程度
- ② ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方は、原則として1～3か月に1回程度

(2) 保健指導：診察の都度

(3) 保健のための処置

ア ペースメーカーまたは除細動器の定期チェック

ペースメーカーまたは除細動器のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標の計測とともに、アフターケア上必要な指導を行うため、6か月～1年に1回程度実施します。

イ 薬剤の支給

- ① 抗狭心症薬
- ② 抗不整脈薬
- ③ 心機能改善薬
- ④ 循環改善薬(利尿薬を含む)
- ⑤ 向精神薬

(4) 対象となる検査

ア 虚血性心疾患にり患した方

| | |
|--|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時と負荷検査） ④ 胸部エックス線検査 | 1か月に1回程度 |
| ⑤ ホルター心電図検査 ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

イ ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方

| | |
|---|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 心電図検査（安静時と負荷検査） | 1～6か月に1回程度 |
| ④ 胸部エックス線検査 | 6か月に1回程度 |
| ⑤ ホルター心電図検査 | 1年に1回程度 |
| ⑥ 心臓超音波検査 ⑦ 心臓核医学検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 虚血性心疾患にり患した方 | 更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。 |
| ペースメーカーまたは除細動器を植え込んだ方 | 更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間です。 |

尿路系腫瘍に関するアフターケア (コードNo.11)

趣 旨

尿路系腫瘍にり患した方は、症状固定後も再発する可能性が高いため定期的な検査が必要となることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務に起因する尿路系腫瘍にり患し、労災保険法による療養補償給付、複数事業労働者療養給付または療養給付（以下「療養（補償）等給付」）を受けている方
- (2) この尿路系腫瘍が症状固定したと認められる方
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 再発予防のための抗がん薬
医学的に特に必要と認められる場合にのみ行われ、投与期間は症状固定後1年以内
 - ② 抗菌薬（抗生物質を含む）
- (4) 対象となる検査

| | |
|--|------------|
| ① 尿検査（尿培養検査を含む） ② 尿細胞診検査 | 1か月に1回程度 |
| ③ 内視鏡検査 ④ 超音波検査 ⑤ 腎盂造影検査 ⑥ CT検査 | 3～6か月に1回程度 |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

脳の器質性障害に関するアフターケア (コードNo.30～34)

趣 旨

脳に器質的損傷が出現した方で、症状固定後も精神または神経に障害を残す方は、季節、天候、社会環境等の変化に伴って症状に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下の(1)～(3)のすべて、または(1)、(3)及び(4)を満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害で次の①～⑤に掲げる傷病に由来する脳の器質性障害が残存した方
 - ① 外傷による脳の器質的損傷【31】
 - ② 一酸化炭素中毒（炭鉱災害によるものを除く）【30】
 - ③ 減圧症【32】
 - ④ 脳血管疾患【33】
 - ⑤ 有機溶剤中毒等（炭鉱災害によるものを含めた一酸化炭素中毒を除く）【34】
- (2) 労災保険法による障害等級第9級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方
- (4) 障害等級第10級以下の障害（補償）等給付を受けている方でも、医学的に特に必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として、1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 精神療法とカウンセリング

アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。

そのため、その処置内容については、生活指導に重点を置いたものとします。

イ 四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となるため、次の処置と処置に伴う必要な材料の支給を行うことができます。

- ① 褥瘡処置
医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼと絆創膏を支給できます。
- ② 尿路処置（導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む）
医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、留置カテーテル（収尿袋を含む）、カテーテル用消毒液（洗浄剤と潤滑剤を含む）と滅菌ガーゼを支給できます。

ウ 薬剤の支給

- ① 神経系機能賦活薬
- ② 向精神薬
- ③ 筋弛緩薬
- ④ 自律神経薬

- ⑤ 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- ⑥ 抗パーキンソン薬
- ⑦ 抗てんかん薬
外傷性てんかんのある方と外傷性てんかん発症のおそれのある方に対して支給します。
- ⑧ 循環改善薬（鎮暈薬、血管拡張薬と昇圧薬を含む）
血液の循環の改善を必要とする方に対して必要に応じて支給します。

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となることから、次の薬剤を支給できます。

- ① 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
尿路感染者、尿路感染のおそれのある方と褥瘡のある方が対象です。
- ② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬
- ③ 排尿障害改善薬と頻尿治療薬
- ④ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含みます。
- ⑤ 末梢神経障害治療薬
- ⑥ 整腸薬、下剤、浣腸薬

(4) 対象となる検査

| | |
|--|--|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 ③ 脳波検査 ④ 心理検査 | 1年に1回程度 |
| ⑤ 視機能検査（眼底検査等も含む） | 1年に1回程度 （眼に関する病訴は、業務上の事由または通勤による疾病以外の疾病等によるものも少なくないため、鑑別上必要な場合に実施します） |
| ⑥ 前庭平衡機能検査 | 1年に1回程度 （めまい感または身体平衡障害の病訴のある方に対して必要な場合に実施します） |
| ⑦ 頭部のエックス線検査 | 1年に1回程度 |
| ⑧ 頭部のCT、MRI等検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度 |

上記のほか、四肢麻痺等が出現した方は、褥瘡処置と尿路処置が必要となることから、必要に応じて次の検査をそれぞれの範囲内で行うことができます。

| | |
|---|---------------------------------|
| ① 尿検査（尿培養検査を含む） | 診察の都度、必要に応じて実施 |
| ② CRP検査 | 1年に2回程度 |
| ③ 膀胱機能検査 （残尿測定検査を含む） 残尿測定検査は、超音波によるもの を含みます。 | 1年に1回程度 |
| ④ 腎臓、膀胱、尿道のエックス線検査 | |
| ⑤ 麻痺域関節のエックス線、CT、 MRI等検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限り、1年に1回程度 |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

| | |
|--|-----------------|
| 外傷による脳の器質的損傷、一酸化炭素 中毒（炭鉱災害によるものを除く）と減 圧症にり患した方 | 交付日から起算して2年間です。 |
| 脳血管疾患と有機溶剤中毒等（炭鉱災害 によるものを含めた一酸化炭素中毒を除 く）にり患した方 | 交付日から起算して3年間です。 |

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

外傷による末梢神経損傷に関するアフターケア (コードNo.14)

趣 旨

外傷により末梢神経を損傷した方は、症状固定後も末梢神経の損傷に起因するRSD（反射性交感神経ジストロフィー）とカウザルギーによる激しい疼痛等の緩和を必要とすることがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害で外傷により末梢神経損傷に起因し、症状固定後も外傷により末梢神経を損傷したことに由来するRSD（反射性交感神経ジストロフィー）及びカウザルギーによる激しい疼痛が残存する方
- (2) 労災保険法による障害等級第12級以上の障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1～2回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア 注 射

1か月に2回を限度として神経ブロックを行うことができます。

（診察の結果、特に疼痛が激しく神経ブロックもやむを得ないと医師が判断した場合に限る）

イ 薬剤の支給

- ① 鎮痛・消炎薬（外用薬を含む）
- ② 末梢神経障害治療薬

- (4) 対象となる検査

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 | 1か月に1回程度 |
| ③ エックス検査 ④ 骨シンチグラフィ検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に2回程度 |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

熱傷に関するアフターケア (コードNo.15)

趣 旨

熱傷の傷病者は、症状固定後においても傷痕による皮膚のそう痒、湿疹、皮膚炎等の後遺症状を残すことがあることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害による熱傷となった方
- (2) 労災保険法による障害等級第12級以上の障害(補償)等給付を受けている方または受ける
と見込まれる方(症状固定した方に限る)
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
外用薬等（抗菌薬を含む）
- (4) 対象となる検査

- | | |
|--------------------------|---------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 | 1年に1回程度 |
|--------------------------|---------|

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

サリン中毒に関するアフターケア (コードNo.16)

趣 旨

特に異常な状況下で、強力な殺傷作用を有するサリンに中毒した方は、症状固定後も、縮瞳、視覚障害、末梢神経障害、筋障害、中枢神経障害、心的外傷後ストレス障害等の後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害 (いわゆる「地下鉄サリン事件」) でサリン中毒となった方
- (2) 労災保険法による療養 (補償) 等給付を受けて、サリン中毒が症状固定した方
- (3) 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
 - ① 縮瞳、視覚障害等の眼に関連する障害
 - ② 筋萎縮、筋力低下、感覚障害等の末梢神経障害と筋障害
 - ③ 記憶力の低下、脳波の異常等の中枢神経障害
 - ④ 心的外傷後ストレス障害

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 精神療法とカウンセリングの実施
 - ① 後遺症状として心的外傷後ストレス障害があると認められる方は、専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。
 - ② アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。
そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 点眼薬
 - ② 神経系機能賦活薬
 - ③ 向精神薬
 - ④ 自律神経薬
 - ⑤ 鎮痛・消炎薬 (外用薬を含む)

(4) 対象となる検査

| | |
|--|---------|
| <ul style="list-style-type: none">① 末梢血液一般・生化学的検査② 尿検査③ 視機能検査（眼底検査を含む）④ 末梢神経機能検査 （神経伝達速度検査）⑤ 心電図検査⑥ 筋電図検査⑦ 脳波検査⑧ 心理検査 | 1年に2回程度 |
|--|---------|

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

精神障害に関するアフターケア (コードNo.17)

趣 旨

業務災害（複数業務要因災害含む）または通勤災害による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方は、症状固定後もその後遺症状について増悪の予防、その他の医学的措置を必要とすることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害による心理的負荷を原因として精神障害を発病した方
- (2) 労災保険法による療養（補償）等給付を受けて、この精神障害が症状固定した方
- (3) 次の①～④に掲げる後遺症状で、医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方
 - ① 気分の障害（抑うつ、不安等）
 - ② 意欲の障害（低下等）
 - ③ 慢性化した幻覚性の障害または慢性化した妄想性の障害
 - ④ 記憶の障害または知的能力の障害

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置
 - ア 精神療法とカウンセリングの実施
 - ① 後遺症状として気分の障害または慢性化した幻覚性の障害もしくは慢性化した妄想性の障害があると認められる方は、診察の都度、必要に応じて専門の医師による精神療法とカウンセリングを行うことができます。
 - ② アフターケアとして実施する精神療法とカウンセリングは、治療ではなく、後遺症状の増悪を防止するための保健上の措置です。
そのため、その処置内容は、生活指導に重点を置いたものとします。
 - イ 薬剤の支給
 - ① 向精神薬
 - ② 神経系機能賦活薬
- (4) 対象となる検査

| | |
|-----------------|------------------------|
| ① 心理検査 | 1年に2回程度 |
| ② 脳波検査、CT、MRI検査 | |
| ③ 末梢血液一般・生化学的検査 | 向精神薬を使用している場合に、1年に2回程度 |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

循環器障害に関するアフターケア (コードNo.35～37)

趣 旨

心臓弁を損傷した方、心臓の病変を残す方及び人工弁又は人工血管に置換した方は、症状固定後においても心機能の低下を残したり、血栓の形成により循環不全や脳梗塞等をきたすおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者

(1) 心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方【35】又は人工弁に置換した方【36】
業務災害又は通勤災害により、心臓弁を損傷した方、心膜の病変の障害を残す方または人工弁に置換した方であって、労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限ります。）のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

(2) 人工血管を置換した方【37】
業務災害または通勤災害により人工血管に置換した方であって、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

措置範囲

(1) 診 察：原則として1～3か月に1回程度

(2) 保健指導：診察の都度

(3) 保健のための処置（薬剤の支給）

- ① 抗不整脈薬
- ② 心機能改善薬
- ③ 循環改善薬（利尿薬を含みます。）
- ④ 向精神薬

心臓弁を損傷した方及び人工弁に置換した方に対し支給するものです。

- ⑤ 血液凝固阻止薬

人工弁又は人工血管に置換した方に対し支給するものです。

(4) 対象となる検査

| | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 | 1～6か月に1回程度 |
| ③ 心電図検査（安静時と負荷検査） ④ エックス線検査 | 3～6か月に1回程度 |
| ⑤ 心音図検査 | 人工弁に置換した方に対し、3～6か月に1回程度 |
| ⑥ 心臓超音波検査 | 人工弁に置換した方に対し、1年に1回程度 |
| ⑦ CRP検査 | 人工弁または人工血管に置換した方に対し、1年に2回程度 |
| ⑧ 脈波図検査 | 人工血管に置換した方に対し、1年に1回程度 |
| ⑨ CTまたはMRI検査 | 人工血管に置換した方に対し、 医学的に特に必要と認められる場合に限る |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| 心臓弁を損傷した方と心膜の病変を残す方 | 更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です |
| 人工弁または人工血管に置換した方 | 更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間です |

呼吸機能障害に関するアフターケア (コードNo.19)

趣 旨

呼吸機能障害を残す方は、症状固定後も咳や痰等の後遺症状を残すため、その症状の軽減と悪化の防止を図る必要があることから、アフターケアを行います。

対象者 (以下のすべてを満たす方が対象)

- (1) 業務災害または通勤災害で呼吸機能障害を残す方
- (2) 労災保険法による障害(補償)等給付を受けている方または受けると見込まれる方(症状固定した方に限る)
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
特に喫煙者に対しては、日常生活上の配慮として喫煙の禁止について指導します。
私病であるニコチン依存症の治療を行うことはできません。
- (3) 保健のための処置(薬剤の支給)
 - ① 去痰薬
 - ② 鎮咳薬
 - ③ 喘息治療薬
 - ④ 抗菌薬(抗生物質を含む)
 - ⑤ 呼吸器用吸入薬と貼付薬
 - ⑥ 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む)
- (4) 対象となる検査

| | |
|--|-----------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② CRP検査 ③ 喀痰細菌検査 ④ スパイログラフィー検査 ⑤ 胸部エックス線検査 | 1年に2回程度 |
| ⑥ 血液ガス分析 | 1年に2～4回程度 |
| ⑦ 胸部CT検査 | 1年に1回程度 |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

消化器障害に関するアフターケア (コードNo.20)

趣 旨

消化器を損傷した方で、症状固定後も、消化吸収障害、逆流性食道炎、ダンピング症候群、腸管癒着、排便機能障害または膵機能障害（以下「消化吸収障害等」）の障害を残す方は、腹痛や排便機能障害等を発症するおそれがあること、また、消化器ストマ(大腸皮膚瘻、小腸皮膚瘻、人工肛門)を造設するに至った方は、反応性びらん等を発症するおそれがあることから、アフターケアを行います。

対象者（以下のすべてを満たす方が対象）

- (1) 業務災害または通勤災害で、消化吸収障害等を残す方または消化器ストマを造設した方
- (2) 労災保険法による障害（補償）等給付を受けている方または受けると見込まれる方（症状固定した方に限る）
- (3) 医学的に早期にアフターケアの実施が必要と認められる方

措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置

ア ストマ処置

ストマを造設された方に、それぞれのストマの管理の方法を指導したり、管理の援助をすることです。

イ 外瘻の処置

軽微な外瘻が認められる方に対し、外瘻周辺の反応性びらん等の発症を予防するために実施するものです。

ウ 自宅等で使用するための滅菌ガーゼの支給

エ 薬剤の支給

- ① 整腸薬、止瀉薬
- ② 下剤、浣腸薬
- ③ 抗貧血用薬
- ④ 消化性潰瘍用薬（逆流性食道炎が認められる場合に支給するもの）
- ⑤ 蛋白分解酵素阻害薬
- ⑥ 消化酵素薬
- ⑦ 抗菌薬（抗生物質、外用薬を含む）
- ⑧ 鎮痛、消炎薬（外用薬を含む）

(4) 対象となる検査

| | |
|---|-------------------------|
| ① 末梢血液一般・生化学的検査 ② 尿検査 | 3か月に1回程度 |
| ③ 腹部超音波検査 ④ 消化器内視鏡検査（ERCPを含む） ⑤ 腹部エックス線検査 ⑥ 腹部CT検査 | 医学的に特に必要と認められる場合に 限る |

健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間です。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

炭鉱災害による一酸化炭素中毒に関するアフターケア (コードNo.00)

趣旨

炭鉱災害による一酸化炭素中毒にり患した方は、症状固定後も季節、天候、社会環境等の変化に伴って精神または身体の後遺症に動揺をおこすことがあることから、アフターケアを行います。

対象者

炭鉱災害による一酸化炭素中毒について労災保険法による療養（補償）等給付を受けていた方で、症状固定した方のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる方

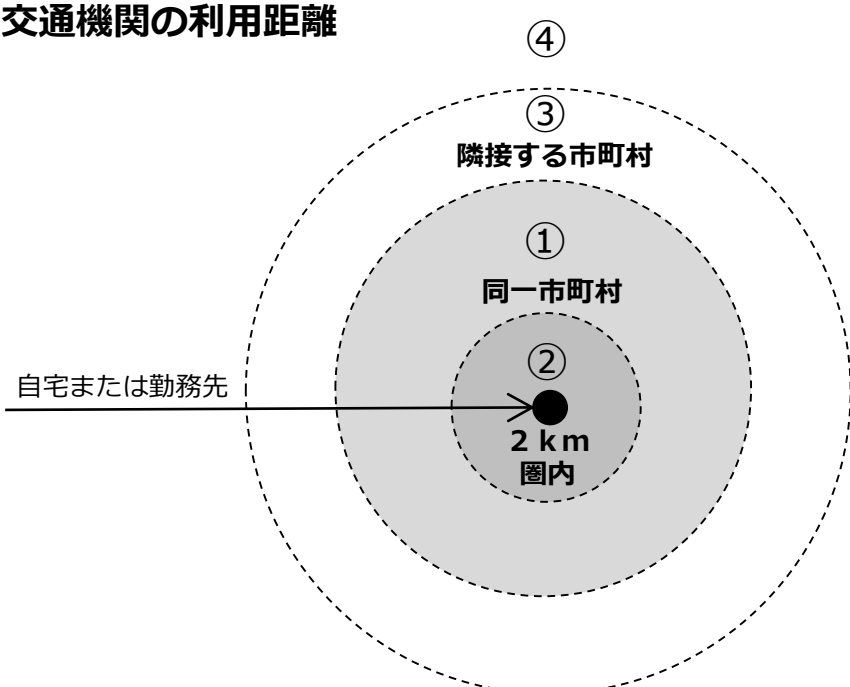
措置範囲

- (1) 診 察：原則として1か月に1回程度
- (2) 保健指導：診察の都度
- (3) 保健のための処置（薬剤の支給）
 - ① 脳機能賦活薬
 - ② 向精神薬
 - ③ 筋弛緩薬（鎮痙薬を含む）
 - ④ 鎮痛薬
 - ⑤ 血管拡張薬
 - ⑥ 抗パーキンソン薬
 - ⑦ 抗痙攣薬
 - ⑧ 内服昇圧薬
- (4) 対象となる検査（健康診断）

| | |
|---|-------------------------------|
| ① 全身状態の検査 ② 自覚症状の検査 ③ 精神、神経症の一般的検査 | 1年に1回程度 |
| ④ 尿中のタンパク、糖、 ウロビリノーゲンの検査 ⑤ 赤血球沈降速度と白血球の検査 ⑥ 視野検査 ⑦ 脳波検査 ⑧ 心電図検査 ⑨ 胸部エックス線検査 ⑩ CT、MRI検査 | ①～③の検査の結果、医学的に特に必要と認められる場合に限る |

健康管理手帳の有効期間

- (1) 新規の交付
交付日から起算して3年間です。
- (2) 更新による再交付
更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して1年間です。

| | |
|-------------|--|
| <p>目的</p> | <p>アフターケアを受けている方の経済的負担を軽減するために、アフターケアの通院に要する費用を支給します。</p> |
| <p>支給対象</p> | <p>① 自宅または勤務先から、鉄道、バス、自家用車などを利用して片道2キロメートル以上、同一市町村内にあるアフターケアを受けることができる医療機関へ通院するとき</p> <p>② 片道2キロメートル未満であっても、ケガや病気の状態から鉄道、バス、自家用車などを利用しなければ通院することができないとき</p> <p>③ 同一市町村内にアフターケアを受けることができる医療機関がないため、または隣接する市町村の医療機関の方が通院しやすいため、隣接する市町村のアフターケアの措置内容に適した医療機関へ通院するとき</p> <p>④ 同一市町村と隣接する市町村内にアフターケアを受けることができる医療機関がないため、それらの市町村以外の最寄りのアフターケアを受けることができる医療機関へ通院するとき</p> <p>交通機関の利用距離</p>  |
| <p>申請先</p> | <p>所属事業場を管轄する都道府県労働局長</p> |
| <p>提出書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・アフターケア通院費支給申請書 ・領収書などの通院費の額を証明する書類※ <p>※鉄道やバスの運賃等、申請書の内容で通院費が算定できる場合は必要ありません。</p> <p>申請書は都道府県労働局、労働基準監督署にあります。 厚生労働省ウェブサイトからもダウンロードできます。</p> <p>■厚生労働省ウェブサイト</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/03.html</p> <p>トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 雇用・労働 > 労働基準> 施策情報> 労災補償> 労災保険給付関係請求書等ダウンロード</p> |

アフターケア通院費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 標準 字体 | 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| | 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | ン | |
| | 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ヽ |
| | 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | 。 | |
| | 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。(例) カヽハ。

帳票種別
37320

①管轄局 ②※未支給
1未支給

③※受付年月日
9令和

④※指定医療機関番号

⑤健康管理手帳番号

西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号
1513011234567

⑥※金融機関コード

金融機関 店舗

⑦預金種別 ⑧口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

1 普通 3 当座
12345670000000

⑦※郵便局コード

⑨口座名義人(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけてください

ロウサイ タロウ

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け出た振込を変更する場合のみ記入してください。

口座名義人

労災 太郎

金融機関名

銀行 〇〇 金庫 △△ 組合 店

| 通院日 | 交通手段 | 通院日数 | 1日の通院に要した交通経路・距離 | 1日の通院に要した金額 |
|--|---------------------------|------|---|--|
| ⑩ 7平成 9令和 9 0 4 1 1 0 5 | 鉄道 バス 自家用自動車 () | 5 日 | 霞ヶ関 () 經由 () 東京 間 往復・片道 4.2 Km () 円 | (1) (340) 円 |
| ⑪ 7平成 9令和 9 0 4 1 2 0 3 | 鉄道 バス 自家用自動車 () | 日 | () 經由 () 往復・片道 間 Km () 円 | (2) () 円 |
| ⑫ 7平成 9令和 9 0 5 0 1 0 7 | 鉄道 バス 自家用自動車 () | 日 | () 經由 () 往復・片道 間 Km () 円 | (3) () 円 |
| ※ 自家用自動車を利用した場合の金額の算定方法については、裏面の3をご参照ください。 | | | | |
| ⑬ 7平成 9令和 9 0 5 0 2 0 4 | | | | (4) 「1日の通院に要した金額」((1) ~ (3)) の合計 ⑮ 万 千 百 十 円 3 4 0 |
| ⑭ 7平成 9令和 9 0 5 0 3 0 4 | | | | (5) アフターケア通院費の支給申請額((1)~(3)にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計) ⑯ 十 万 万 千 百 十 円 1 7 0 0 |

上記により、令和4年11月から令和5年3月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

〒 ××× - ××××
住 所 東京都千代田区霞ヶ関×-×-×
申請者の TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

氏 名 労災 太郎

東京 労働 局長 殿

受付印

アフターケア 名称 〇〇病院
実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内×-×-×
TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

記載例:自家用自動車往復 5日分

アフターケア通院費支給申請書

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | ン | |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ハ |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | シ | ロ | 。 |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例) カ^ハロ[。]

◎裏面の注意事項を讀んでから記載してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|---|---------------------------|---------------------------|--|---|--|
| 帳票種別 37320 | | ①管轄局 □□ | | ②※未支給 □ 1未支給 | | | | |
| ⑤健康管理手帳番号 西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号 1 5 1 3 0 1 1 2 3 4 5 6 7 | | ③※受付年月日 9令和 □□□□□□ | | ④※指定医療機関番号 □□□□□□□□ | | | | |
| ⑦預金種別 1 1普通 3 当座 | | ⑧口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄は「0」を記入。) 1 2 3 4 5 6 7 0 0 0 0 0 0 | | ⑥※金融機関コード □□□□□□□□ | | | | |
| ⑨口座名義人(カタカナ): 姓と名の間は1文字あけてください □□□□□□□□□□□□□□□□ | | ⑩※郵便局コード □□□□□□ | | | | | | |
| 右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け出た振込を変更する場合のみ記入してください。 | | | 口座名義人 労災 太郎 | | 金融機関名 銀行 ○○ 金庫 △△ 組合 店 | | | |
| 通 院 費 請 求 欄 | ⑩ 通院日 7平成 9令和 9 0 4 1 1 0 5 | | 交通手段 鉄道バス 自家用自動車 | | 通院日数 5 日 | | 1日の通院に要した交通経路・距離 自宅 (経路) ○○病院 往復 片道 (1) 4.2 Km (185) 円 | |
| | ⑪ 通院日 7平成 9令和 9 0 4 1 2 | | 鉄道バス 自家用自動車 | | 通院日数 日 | | 1日の通院に要した金額 往復・片道 (2) | |
| | ⑫ 通院日 7平成 9令和 9 0 5 0 1 0 7 | | 鉄道バス 自家用自動車 | | 通院日数 日 | | 「1日の通院に要した金額」は、1日の通院に要した距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた距離に37円を乗じて下さい。 (例) 片道2.1Kmを2倍→往復4.2Km 5Km × 37円 = 185円 | |
| | ⑬ 通院日 7平成 9令和 9 0 5 0 2 0 4 | | ※ 自家用自動車を利用した場合の金額の | | 通院日数 日 | | (4) 「1日の通院に要した金額」((1)~(3))の合計 | |
| | ⑭ 通院日 7平成 9令和 9 0 5 0 3 0 4 | | (5) アフターケア通院費の支給申請額((1)~(3))にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計 | | 通院日数 日 | | (15) 万 千 百 十 円 □ □ □ 1 8 5 (16) 十 万 万 千 百 十 円 □ □ □ 9 2 5 | |
| 上記により、令和4年11月から令和5年3月までのアフターケア通院費の支給を申請します。 | | | | | | | | |
| 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | | | | | |
| 〒 ××× - ×××× 住 所 東京都千代田区霞ヶ関×-×-× | | | | 申請者の TEL ○○ - ○○○○ - ○○○○ | | | | |
| 氏 名 労災 太郎 | | | | | | | | |
| 東京 労働局長 殿 | | | | | | | | |
| 受付印 | | | | | | | | |
| アフターケア 名称 ○○病院 | | | | | | | | |
| 実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内×-×-× | | | | TEL ○○ - ○○○○ - ○○○○ | | | | |

**記載例：自家用自動車往復 4日分
自家用自動車片道 1日分（往路）
鉄道片道 1日分（復路）**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | ハ | マ | ヤ | ラ | ワ |
| 1 | 6 | イ | キ | シ | チ | ニ | ヒ | ミ | リ | ン | |
| 2 | 7 | ウ | ク | ス | ツ | ヌ | フ | ム | ユ | ル | ハ |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ | レ | ロ | ハ |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ハ |

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
(例) カ^ハハ^ロ

帳票種別
37320

①管轄局 ②※未支給
1未支給

③※受付年月日
9令和

④※指定医療機関番号

⑤健康管理手帳番号

⑥※金融機関コード
金融機関 店舗

西暦年 所轄局 傷病番号 振出番号 枝番号
1 5 1 3 0 1 1 2 3 4 5 6 7

⑦預金種別 ⑧口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」)
1 1普通 3当座 1 2 3 4 5 6 7 0 0 0 0 0

「1日の通院に要した金額」は、1日の通院に要した距離に1Km未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた距離に37円を乗じて下さい。
(例)
往復4.2Km→端数を切り上げて5Km
5キロ×37円=185円

⑨口座名義人(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけてください
ロウサイ タロウ

右の欄及び⑦から⑨の出た振込を変更する場合
1日の通院に要した距離は、1Km未満の距離を切り上げ等せずに記載して下さい。
(例)片道2.1Kmの場合
片道2.1Kmを2倍→往復4.2Km

義人 金融機関名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
組合 店

| 通院日 | 交通手段 | 通院日数 | 1日の通院に要した交通経路・距離 | 1日の通院に要した金額 |
|--|---|------|--|--------------|
| ⑩ 7平成 9令和 9 0 4 1 1 0 5 | 鉄道 バス 自家用自動車 | 4日 | 自宅 経由 〇〇病院 往復・片道 (1) 4.2 Km (185) 円 | |
| ⑪ 7平成 9令和 9 0 4 1 2 0 3 | 鉄道 バス 自家用自動車 | 1日 | 自宅 経由 〇〇病院 往復・片道 (2) 2.1 Km (111) 円 | |
| ⑫ 7平成 9令和 9 0 4 1 7 | 鉄道 バス 自家用自動車 | 1日 | 東京 経由 霞ヶ関 往復・片道 (3) 2.1 Km (170) 円 | |
| ※自家用自動車を利用した場合の金額の算定方法については、裏面の3をご参照ください。 | | | | |
| ⑬ 7平成 9令和 9 0 5 0 3 0 4 | ⑭ 「1日の通院に要した金額」(1)～(3)の合計 それぞれの交通経路を利用した日数を記載して下さい。 ⑮ 「1日の通院に要した金額」欄に記載した金額を合計した金額を記載して下さい。 (例) (1)185円+(2)111円+(3)170円=(4)466円 | | | ⑮ 4 6 6 |
| ⑯ アフターケア通院費の支給申請額(1)～(3)にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計) | | | | ⑯ 1 0 2 1 |

上記により、令和4年11月から令和5年3月までのアフターケア通院費の

令和 〇 年 〇 月 〇 日

「1日の通院に要した金額」欄に記載した金額に通院日数を乗じた額をそれぞれ合計してください。
(例)
(1)185円×4日=740円
(2)111円×1日=111円
(3)170円×1日=170円
740円+111円+170円=(5)1,021円

〒 ×× ×× ××
住所 東京都千代田区霞ヶ関×-×-×
申請者の TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
氏名 労災 太郎

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 〇〇病院
実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内×-×-×
TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

都道府県労働局一覧

| 都道府県 | 郵便番号 | 住所 | 電話番号 |
|------|----------|----------------------------------|--------------|
| 北海道 | 060-8566 | 札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階 | 011-709-2311 |
| 青森 | 030-8558 | 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎 | 017-734-4115 |
| 岩手 | 020-8522 | 盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎 5階 | 019-604-3009 |
| 宮城 | 983-8585 | 仙台市宮城野区鉄砲町1番地 仙台第4合同庁舎8階 | 022-299-8843 |
| 秋田 | 010-0951 | 秋田市山王7-1-3 秋田合同庁舎 | 018-883-4275 |
| 山形 | 990-8567 | 山形市香澄町3-2-1 山交ビル3階 | 023-624-8227 |
| 福島 | 960-8021 | 福島市霞町1-46 福島合同庁舎5階 | 024-536-4605 |
| 茨城 | 310-8511 | 水戸市宮町1-8-31 茨城労働総合庁舎5階 | 029-224-6217 |
| 栃木 | 320-0845 | 宇都宮市明保野町1-4 宇都宮第2地方合同庁舎 | 028-634-9118 |
| 群馬 | 371-8567 | 前橋市大手町2-3-1 前橋地方合同庁舎8階 | 027-896-4738 |
| 埼玉 | 330-6016 | さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクシス・タワー15階 | 048-600-6207 |
| 千葉 | 260-8612 | 千葉市中央区中央4-11-1 千葉第2地方合同庁舎3階 | 043-221-4313 |
| 東京 | 102-8306 | 千代田区九段南1-2-1 九段第3合同庁舎13階 | 03-3512-1617 |
| 神奈川 | 231-8434 | 横浜市中区北仲通5丁目57番地 横浜第2合同庁舎8階 | 045-211-7355 |
| 新潟 | 950-8625 | 新潟市中央区美咲町1-2-1 新潟美咲合同庁舎2号館3階 | 025-288-3506 |
| 富山 | 930-8509 | 富山市神通本町1-5-5 富山労働総合庁舎3階 | 076-432-2739 |
| 石川 | 920-0024 | 金沢市西念3-4-1 金沢駅西合同庁舎5階 | 076-265-4426 |
| 福井 | 910-8559 | 福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎9階 | 0776-22-2656 |
| 山梨 | 400-8577 | 甲府市丸の内1-1-11 | 055-225-2856 |
| 長野 | 380-8572 | 長野市中御所1-22-1 3階 | 026-223-0556 |
| 岐阜 | 500-8723 | 岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎3階 | 058-245-8105 |
| 静岡 | 420-8639 | 静岡市葵区追手町9-50 静岡地方合同庁舎3階 | 054-254-6369 |
| 愛知 | 460-0008 | 名古屋市中区栄2-3-1 名古屋広小路ビルディング11階 | 052-855-2145 |
| 三重 | 514-8524 | 津市島崎町327-2 津第2地方合同庁舎4階 | 059-226-2109 |
| 滋賀 | 520-0806 | 大津市打出浜14-15 滋賀労働総合庁舎6階 | 077-522-6630 |
| 京都 | 604-8171 | 京都市中京区烏丸通御池下ル虎屋町577-2 太陽生命御池ビル3階 | 075-211-4100 |
| 大阪 | 540-8527 | 大阪市中央区大手前4-1-67 大阪合同庁舎第2号館9階 | 06-6949-6507 |
| 兵庫 | 650-0044 | 神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー16階 | 078-367-9155 |
| 奈良 | 630-8113 | 奈良市法蓮町163-1 新大宮愛正寺ビル3階 | 0742-32-1910 |
| 和歌山 | 640-8581 | 和歌山市黒田2丁目3番3号 和歌山労働総合庁舎2階 | 073-488-1153 |
| 鳥取 | 680-8522 | 鳥取市富安2丁目89-9 | 0857-29-1706 |
| 島根 | 690-0841 | 松江市向島町134番10 松江地方合同庁舎5階 | 0852-31-1159 |
| 岡山 | 700-8611 | 岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎1階 | 086-225-2019 |
| 広島 | 730-8538 | 広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎第2号館5階 | 082-221-9245 |
| 山口 | 753-8510 | 山口市中河原町6-16 山口地方合同庁舎2号館 | 083-995-0374 |
| 徳島 | 770-0851 | 徳島市徳島町城内6-6 徳島地方合同庁舎 | 088-652-9144 |
| 香川 | 760-0019 | 高松市サンボト3番33号 高松サンボト合同庁舎北館3階 | 087-811-8921 |
| 愛媛 | 790-8538 | 松山市若草町4-3 松山若草合同庁舎5階 | 089-935-5206 |
| 高知 | 781-9548 | 高知市南金田1-39 | 088-885-6025 |
| 福岡 | 812-0013 | 福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎新館4F | 092-411-4799 |
| 佐賀 | 840-0801 | 佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎4階 | 0952-32-7193 |
| 長崎 | 850-0033 | 長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル | 095-801-0034 |
| 熊本 | 860-8514 | 熊本市西区春日2-10-1 熊本地方合同庁舎A棟9階 | 096-355-3183 |
| 大分 | 870-0037 | 大分市東春日町17-20 大分第2ソフィアプラザビル6階 | 097-536-3214 |
| 宮崎 | 880-0805 | 宮崎市橋通東3-1-22 宮崎合同庁舎2階 | 0985-38-8837 |
| 鹿児島 | 892-0842 | 鹿児島市東千石町14番10号 天文館NNビル5階 | 099-223-8280 |
| 沖縄 | 900-0006 | 那覇市おもろまち2-1-1 那覇第2地方合同庁舎1号館3階 | 098-868-3559 |

この記載内容や詳細につきましては、所管もしくは最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にお問い合わせください。