

# 健康管理手帳更新・再交付申請書

帳票種別

3 7 2 3 1

①管轄局

□ □

\_\_\_\_\_

②更新・再交付

1更新  
 3再交付

③受付年月日

元号 年 月 日  
7平成 □ □ □ □ □ □ □ □

④現在の健康管理手帳番号

西	曆	年	所	轄	局	傷	病	番	号	振	出	番	号	枝	番	号
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

健康管理手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。

労働局長 殿

(〒 - )

住 所

申請者の

(TEL - - )

フリガナ

氏 名

印

(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

\_\_\_\_\_

職員記入欄

## お 願 い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙を糊付けしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体になって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。