

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 （「アフターケア手帳」の交付申請）	3
「アフターケア手帳」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。

「アフターケア手帳の新規・更新手続き」（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。

アフターケアの対象となるケガや病気

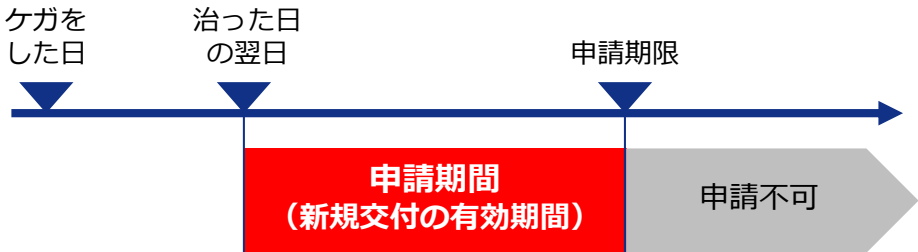
※【 】内の数字は対象傷病コードです。

(ページ)

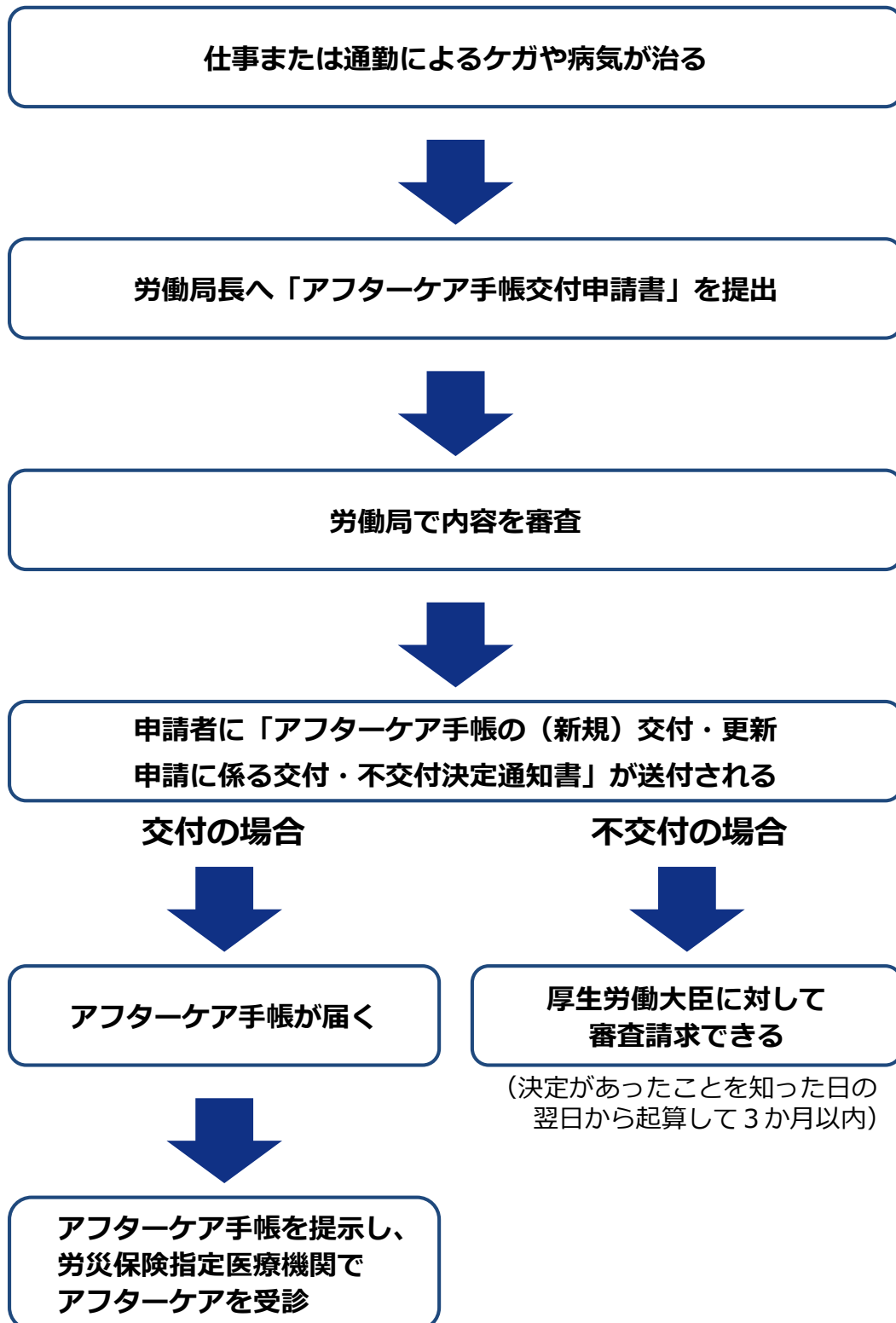
せき髄損傷【01】	14
頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群【21】、頸肩腕障害【22】、腰痛【23】）	16
尿路系障害【24～25】	17
慢性肝炎【26～27】	19
白内障等の眼疾患【05】	20
振動障害【06】	21
大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折【07】	23
人工関節・人工骨頭置換【08】	24
慢性化膿性骨髓炎【09】	25
虚血性心疾患等【28～29】	26
尿路系腫瘍【11】	28
脳の器質性障害【30～34】	29
外傷による末梢神経損傷【14】	32
熱傷【15】	33
サリン中毒【16】	34
精神障害【17】	36
循環器障害【35～37】	37
呼吸機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

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	アフターケア手帳交付申請書 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/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.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	申請は、ケガや病気が治った日の翌日から起算してアフターケア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。 ※アフターケア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。  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 ・ 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）

「アフターケア手帳」の新規交付の流れ



申請書記載例（新規）

■ 実施要領様式第2号

アフターケア手帳交付申請書

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	ゝ
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取り扱うこと。
(例) カゝハ°

帳票種別

37210

①管轄局

□□

※②受付年月日

9 令和 □□□□□□

③労働保険番号

府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号
1 3 1 0 1 1 2 3 4 5 6 0 0 0

④生年月日

1 明治 3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和
5 5 0 0 7

次ページのコード表から対象傷病コードを選んで記入してください。

⑤傷病年月日

5 昭和 7 平成 9 令和
9 0 5 0 2 1 0

⑥年金証書番号

管 轄 局 種 別 西 暦 年 番 号
□□□□□□□□

⑦対象傷病コード

01

⑧性別

1 1 男
3 女

⑨対象者氏名（カナ）

ロウサイ タロウ

年金受給者の方は、年金証書番号を記入してください。

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）

労 災 太 郎

⑪郵便番号

1 0 0 - 8 9 1 6

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

1 3

⑬住所（漢字）

千 代 田 区

⑭(続き)

霞 が 関

⑮(続き)

1 - 2 - 2

⑯住所（カナ）

チ ヨ タ ク

⑰(続き)

カ ス ミ カ セ キ

⑱(続き)

1 - 2 - 2

⑲電話番号

0 3 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

⑳業通別

1 1 業務災害
3 通勤災害

㉑業種別

□□□□

㉒管轄局署

□□□□

㉓治年月日

5 昭和 7 平成 9 令和
9 0 5 1 1 1 0

ケガや病気が治った日が分かる場合は記入してください。不明の場合は、記入しなくても構いません。

受付印

※印の欄は記入しないでください

次ページのコード表から現在、お住いの都道府県を選んで記入してください。

備 考

東京 労働局長 殿 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者の (〒 100 - 8916)

住所 千代田区霞が関1-2-2

(電話 03 - 1234 - 5678)

フリガナ
氏名

ロウサイ タロウ
労災 太郎

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	慢性化膿性骨髓炎
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（HBe抗原陽性及びC型肝炎ウイルス感染）
27	慢性肝炎（HBe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）

アフターケア手帳交付申請書の「⑩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。

参考（アフターケア手帳の見本）

番号

カ ナ	
氏 名	

生年月日
住 所

手帳有効期限

労働局長 印

労働保険番号

被災時の所属事業場
名 称

所在地

被災年月日

療養期間
療養開始

療養終了

療養開始（治癒）

障害等級 第 級

療養開始（治癒）時における障害の部位・状態

記載例

① アフターケア記録

措置の種類	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
診察・投薬	R7年6月1日	著変なし	労災クリニック
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

②

措置の種類	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

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

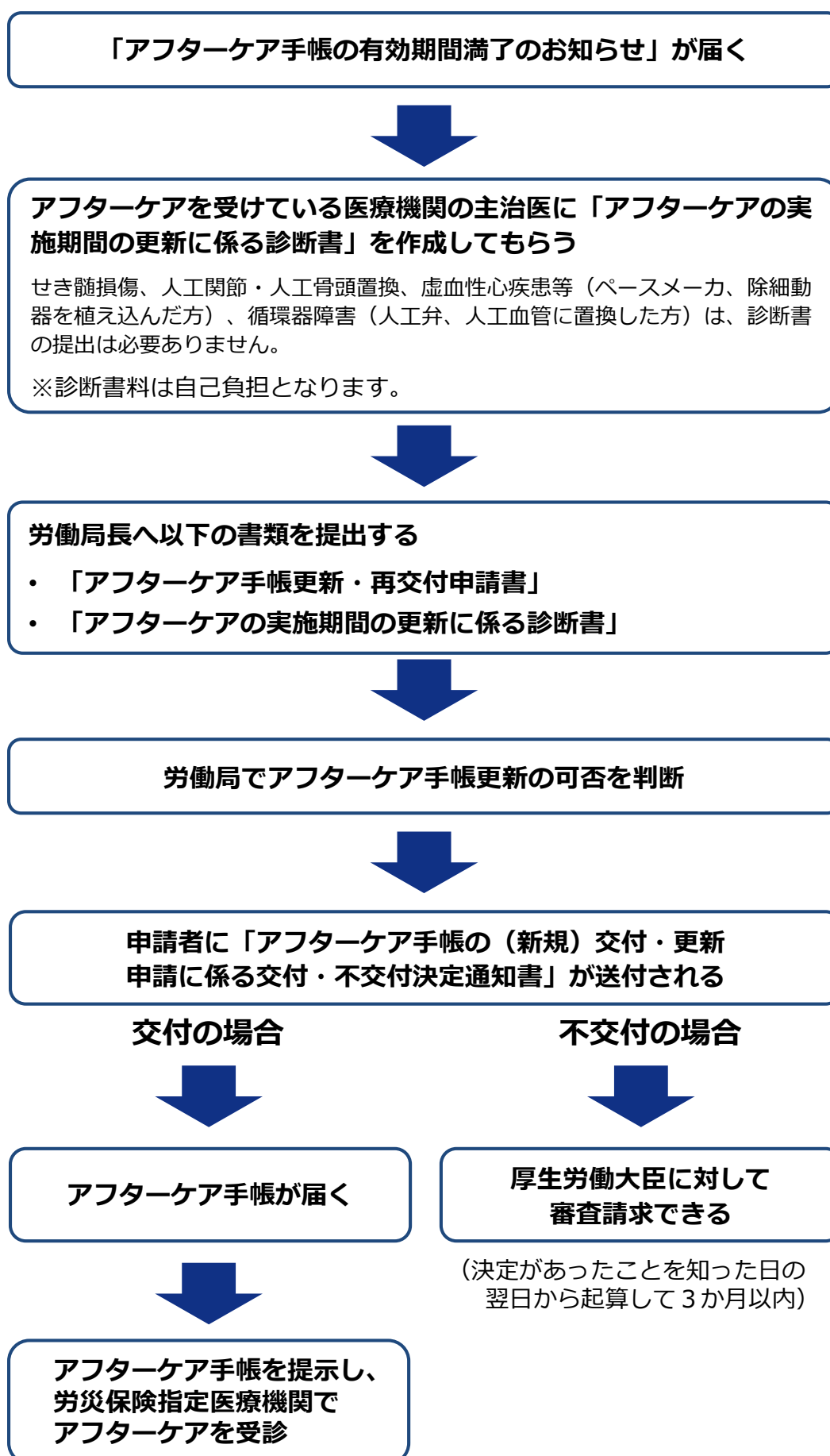
氏 名

厚生労働省

「アフターケア手帳」の更新の手続き

申請の時期	手帳の有効期間が満了する日の1か月前まで 所属事業場を管轄する都道府県労働局長から、「アフターケア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。 ※更新期限を超過してしまうと更新は認められません。
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	・ アフターケア手帳更新・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) ※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。 ※診断書料は自己負担となります。 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/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousaihoken.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
交付	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手帳が交付されます。

「アフターケア手帳」の更新交付の流れ



(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	(元号) 昭和	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： 1 か月に 1 回程度 例えば、「1か月に1回程度」、「1か月に2回程度」、「3か月に1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、「1 2か月に0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 ①b：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 ①b：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」又は「② なし」とする理由を以下に具体的に記述してください。

「① あり」の場合は、「（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）上記の理由：

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。

（元号）

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

(参考) アフターケア手帳の新規・更新手続き

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	×
慢性化膿性骨髓炎	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 (ペースメーカ等)	3年間	1年間 (虚血性心疾患) 5年間 (ペースメーカ等)	○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカ等)
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	○