

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

二次健康診断等給付請求書

※ 帳票種別	①管轄局	②帳票区分	③保留	④受付年月日
38530	<input type="text"/>	無新規 1 移行 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ				

⑤ 労働保険番号	府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号	⑥ 処理区分	⑦ 支給・不支給決定年月日	⑧ 特例コード
<input type="text"/>	<input type="text"/>	※ <input type="text"/>	<input type="text"/>	1 3か月超 3 産業医等 5 1及び3

⑨ 性別	⑩ 労働者の生年月日	⑪ 一次健康診断受診年月日	⑫ 二次健康診断受診年月日
1 男 <input type="text"/> 3 女 <input type="text"/>	3 大正 5 昭和 7 平成 9 令和 <input type="text"/>	7 平成 9 令和 <input type="text"/>	7 平成 9 令和 <input type="text"/>
1~9年は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ 1~9日は右へ			

⑬ 労働者の

シメイ(カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

氏 名 (歳)

フリガナ

住 所

⑭ 郵便番号

一次健康診断結果欄

一次健康診断(直近の定期健康診断等)における以下の検査結果について記入してください。
(以下の⑭、⑮、⑰及び⑱の異常所見について、すべて「有」の方が二次健康診断等給付を受給することができます。)

⑭ 血圧の測定における異常所見(高い場合に限る。)	⑮ 血中脂質検査における異常所見(高い場合に限る。ただし、HDLコレステロールについては、低い場合に限る。)	血 糖 検 査	⑰ 腹部又はBMI(肥満度)の測定における異常所見(高い場合に限る。)	⑱ 尿蛋白検査についての所見	⑲ 脳又は心臓疾患について療養を行っているなど、当該疾患の症状の有無
1 有 <input type="text"/> 3 無 <input type="text"/>	1 有 <input type="text"/> 3 無 <input type="text"/>	⑯ 検査方法 1 血糖値検査 <input type="text"/> 3 ヘモグロビンA1c検査 <input type="text"/>	⑰ 異常所見(高い場合に限る。) 1 有 <input type="text"/> 3 無 <input type="text"/>	1 有 <input type="text"/> 3 無 <input type="text"/>	1 有 <input type="text"/> 3 無 <input type="text"/>

二次健康診断等実施機関の

名 称 _____ 電話() - _____

所在地 _____ 〒 - _____

⑳の期日が㉑の期日から3か月を超えている場合、その理由について、該当するものを○で囲んでください。

イ 天災地変により請求を行うことができなかった。 ハ その他 (理由: _____)

ロ 医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた。

事業主証明欄

⑳の者について、㉑の期日が一次健康診断の実施日であること及び添付された書類が㉑の期日における一次健康診断の結果であることを証明します。

_____ 年 月 日

事業の名称 _____ 電話() - _____

事業場の所在地 _____ 〒 - _____

事業主の氏名 _____

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の所属事業場の名称・所在地 _____ 電話() - _____

上記により二次健康診断等給付を請求します。

労働局長 殿 _____

⑳請求年月日

〒 - _____ 電話() - _____

請求人の 住 所 _____

病 院 診 療 所 _____ 氏 名 _____

支給決定法議書	局 長	部 長	課 長	調査年月日	・	・
				復命書番号	第	号
				決定年月日	・	・
				不支給理由		

印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には()の所を谷に折りさらに2つ折りしてください。

(この欄は記入しないでください。)

一次健康診断を行った医師が異常の所見がないと診断した項目について、産業医等が異常の所見があると診断した場合、当該産業医等が新たに異常の所見があると診断した項目について、該当するものを○で囲んでください。

イ 血圧

ロ 血中脂質

ハ 血糖値

ニ 腹囲又はBMI (肥満度)

異常の所見があると診断

した産業医等の氏名

〔注意〕

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけしたりしないでください。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲み（⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び㉑の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。）、※印のついた記入欄には記入しないでください。
- 3 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式表面右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記入してください。
- 4 「一次健康診断」とは、直近の定期健康診断等（労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書の規定による健康診断のうち、直近のもの）をいいます。
- 5 ⑫は、実際に二次健康診断を受診した日（複数日に分けて受診した場合は最初に受診した日）を、また、㉑は、二次健康診断等給付を請求した日（二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日）をそれぞれ記入してください。
- 6 ⑭から⑳までの事項を証明することができる一次健康診断の結果を添えてください。
- 7 「二次健康診断等実施機関の名称及び所在地」の欄については、実際に二次健康診断等を受診した医療機関の名称及び所在地を記載してください（胸部超音波検査（心エコー検査）又は頸部超音波検査（頸部エコー検査）を別の医療機関で行った場合、当該医療機関については記載する必要はありません。）。
- 8 「労働者の所属事業場の名称・所在地」の欄については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2第1項に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師をいいます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -