

二次健康診断等給付請求書 ご記入前にご確認下さい

- ・本様式は厚生労働省のホームページからダウンロード可能です。
当院のホームページからも厚生労働省ホームページへリンクしております。
- ・OCRで読込を行いますので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり
のりづけしないで下さい。文字は正確にご記入下さい。
- ・黒色ボールペンで記入をお願いします（摩擦で消せるボールペンは不可）。
- ・請求人欄は、必ずご本人様の自筆をお願いします。
- ・パソコン入力や、スタンプの使用は不可です。
- ・事業主証明欄は、住所印（社判）のみ使用を認めます。

訂正の場合

枠内に縦に二重線を引き、余白に正しくご記入下さい

例

ヒ メ シ

例

9
6 4 1 3

実際の記入例をご参照の上、
ご記入下さい。

0	5	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
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ

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		[] []		無新規 1 移行 []		[] []		[] [] [] [] [] []			
⑤ 労働保険番号		⑥ 処理区分		⑦ 支給・不支給決定年月日		⑧ 特例コード					
事業主は番号をご記入下さい		※ [] []		[] [] [] [] [] [] [] []		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 3 女		1 元号 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日		7平成 9令和 9 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日		7平成 9令和 9 [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日					
⑬ 労働者の住所											
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。											
ヤマタ タロウ											
氏名 山田 太郎 (44 歳)											
フリガナ ヒヨウケヒツシヨウ											
住所 兵庫県姫路市〇〇町1-1											
⑭ 郵便番号 675-〇〇〇〇											
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⑮、⑯、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。)											
⑮ 血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)		⑯ 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 腹囲又は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	
⑮ 検査方法		⑯ 検査方法		⑰ 検査方法		⑱ 検査方法		⑲ 検査方法		⑲ 検査方法	
1 有 [] 3 無 []		1 有 [] 3 無 []		1 有 [] 3 無 []		1 有 [] 3 無 []		3 ± [] 5 + [] 7 ++ [] 9 +++ []		1 有 [] 3 無 []	
分らない箇所は、当日スタッフが確認するので、エンピツでご記入下さい。											
二次健康診断等実施機関の											
名称 姫路聖マリア病院 電話(079) 265-5141											
所在地 兵庫県姫路市仁豊野650番地 〒650-0801											
⑳ ⑪の期日が⑩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。											
㉑ ⑬の者について、⑩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⑩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。											
事業主証明欄											
事業の名称 株式会社〇〇〇商事 電話() -											
事業場の所在地 事業主がご記入下さい 〒 -											
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) 労働者が所属する事業所が上記事業の名称と異なる場合に記入											
労働者の所属事業場の名称・所在地 例: 株式会社〇〇〇商事 朝来営業所 電話() -											
上記により二次健康診断等給付を請求します。											
兵庫県 労働局長 殿											
請求年月日 9 年 月 日											
〒 - 電話() -											
請求人の住所 ご自身の住所・氏名・電話番号を記載											
氏名 _____											
支不支給決定決議書											
局長				部長				課長		調査年月日	
別紙の記入例と次項もご確認下さい				緑色の箇所は、事業主様にご記入下さい				青色の箇所は、ご本人様にご記入下さい		復命書番号 第 号	
その他の箇所は、空欄のままで結構です								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つ折りにしてください。

(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〕 重要：ご記入前に必ず注意事項をご確認下さい。記入不備の場合、ご利用頂けません

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。

重要：注意を必ずご確認の上、ご記入下さい。

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 () -
--------------------	----------------------	----	---------------