■ 様式第十六号の十の二を次のように改める。

様式第１６号の１０の２（表面）　労働者災害補償保険

二次健康診断等給付請求書

裏面に記載してある注意事項をよく読んだ上で、記入してください。

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	゛
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	゜
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

帳票種別　※ 38530　①管轄局　②帳票区分（無 新規 1 移行）　③保留 1　④受付年月日（1～9年は右へ 1～9月は右へ 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（7平成）

⑧特例コード　1 3か月超　3 産業医等　5 1及び3

⑨性別　1 男　3 女

⑩労働者の生年月日　3 大正　5 昭和　7 平成（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

⑪一次健康診断受診年月日（7平成）

⑫二次健康診断受診年月日（7平成）

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

㉒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 ⑯検査方法	血糖検査 ⑰異常所見（高い場合に限る。）	⑱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。）	⑲尿蛋白検査についての所見	⑳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　3 無	1 有　3 無	1 血糖値検査　3 ヘモグロビンA1c検査	1 有　3 無	1 有　3 無	1 －　3 ±　5 ＋　7 ＋＋　9 ＋＋＋	1 有　3 無

二次健康診断等実施機関の　名　称　電話（　）　－

所在地　〒　－

㉑の期日が⑪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。

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。

ハ　その他（理由：　）

事業主証明欄

⑬の者について、⑪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⑪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　印

（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）　（記名押印又は署名）

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

㉑請求年月日（7平成）（1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ）

病院 診療所 経由

請求人の　〒　－　電話（　）　－

住　所

氏　名　印

（記名押印又は署名）

不支給決定決議書	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つ折りにしてください。

（この欄は記入しないでください。）