■ 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　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　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）　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

⑫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　電話番号　－　－

所在地　郵便番号　－

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　電話番号　－　－

事業場の所在地　郵便番号　－

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　電話番号　－　－

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　郵便番号　－　電話番号　－　－

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	

■

様式第十六号の十の二を次のように改める。

※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。）