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

1男　3女　3大正　5昭和　7平成

7平成　9令和

⑫二次健康診断受診年月日　7平成　9令和

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

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対象

⑭血圧の測定における異常所見（高い場合に限る。）　1 有　3 無

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。）　1 有　3 無

血糖検査

⑯検査方法　1 血糖値検査　3 ヘモグロビンA1c検査

⑳脳又は心臓疾患について療養をしているなど、患者の症状

二次健康診断等実施機関の　名称　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

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。

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

（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。

㉒請求年月日　7平成　9令和

労働局長　殿

病院　診療所　経由

請求人の　〒　－　電話（　　）　－

住　所

氏　名

支給・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	

赤枠 □ は企業様の、

青枠 □ は受診者様の

情報を記入してください。

※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。）