



□ は企業様の、 □ は受診される方の氏名等をお書き下さい。

様式第16号の10の2 (表裏) 労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断の結果を添付するもの

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でください。

14桁の番号です。

① 労働者番号 01000XXXXXX

② 性別 男

③ 労働者の生年月日 7月 7日

④ 一次健康診断受診年月日 7月 7日

⑤ 二次健康診断受診年月日 7月 7日

⑥ 氏名 慶友 太郎 (55歳)

⑦ 住所 旭川市〇条△丁目2-2

⑧ 電話番号 070-〇〇〇〇

⑨ 事業主の氏名 吉田 二郎

⑩ 事業場の所在地 旭川市〇条×丁目1-1

⑪ 電話番号 0166-25-XXXX

⑫ 郵便番号 070-XXXX

⑬ 請求年月日 7月 7日

⑭ 請求人 慶友 太郎

⑮ 住所 旭川市〇条△丁目2-2

⑯ 電話番号 0166-22-XXXX

⑰ 郵便番号 070-〇〇XX

⑱ 支給・不支給決定年月日

⑲ 支給理由

⑳ 支給決定年月日

㉑ 支給決定理由

受診される方の勤務先が、「事業の名称」と異なる場合は記入して下さい。  
例) ㈱吉田工業 ○〇営業所

必ず事業主様の印を押して下さい。

必ず受診される方の印を押して下さい。

様式第16号の10の2(裏面)

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

㊦ (記名押印又は署名)

【注意】

- で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(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。
- 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(⑩及び⑭から⑳までの事項並びに㊦、㊧、㊨及び㊩の元号については、該当番号を記入枠に記入すること。)、※印のついた記入枠には記入しないでください。
- 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。
- 「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)を指します。
- ⑩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、⑭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。
- ⑩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。
- 「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欄は「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による「請求人の氏名」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。
- 「産業医」とは、労働安全衛生法第13条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(同法第13条の2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(地域産業保健センターの医師、小規模事業場が共同選任した産業医の要件を備えた医師等)をいいます。

表面の記入枠を訂正したときの訂正印欄	削字 加字	社会保険労務士 記載欄	氏名	電話番号
	㊦			