

請求書記入例(表面)

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
読んで、記入してください。

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	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	ク	ト	ホ	モ	ロ	ー	

※ 振替種別 38530	① 管轄局 00	② 振替区分 0	③ 保留 1	④ 受付年月日 9030618
⑤ 労働保険番号 13101123456000	⑥ 処理区分 00	⑦ 支給・不支給決定年月日 9030618	⑧ 特例コード 1 3か月超 3 産後等 5 1及び3	
⑨ 性別 1 男 3 女	⑩ 労働者の生年月日 5510426	⑪ 一次健康診断受診年月日 9030514	⑫ 二次健康診断受診年月日 9030620	
⑬ 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。漢字・半濁点は1文字として記入してください。 コウロウ タロウ				
氏名 厚労 太郎 (45歳)				
フリガナ チヨダカサミガセキ				
住所 千代田区霞が関 1-2-2				
⑭ 郵便番号 100-8916				
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けることができます。)				
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、低い場合に限り)	⑰ 血糖検査 ⑰-1 血糖値検査 ⑰-2 ヘモグロビンA1c検査	⑱ 尿糖又は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
1 有 3 無	1 有 3 無	1 有 3 無	1 有 3 無	1 有 3 無
二次健康診断等実施機関の名称 ○○病院 電話(○○)○○○-○○○				
所在地 練馬区東大泉 ○-○-○ 電話(○○)○○○-○○○				
⑳ ⑲の期日が㉑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。				
㉒ ㉓の者について、㉑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㉑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。 令和3年 6月 13日				
事業主 株式会社 ○○商事 電話(××)××××-××××				
事業場の所在地 中央区銀座 2-4-○○ 電話(××)××××-××××				
事業主の氏名 ○○太郎				
労働者の所属事業場の名称・所在地 東京 労働局長 殿 電話() -				
上記により二次健康診断等給付を請求します。 請求年月日 9030618				
請求人の住所 千代田区霞が関 1-2-2				
氏名 厚労 太郎				
支店長等の署名欄				
局長	部長	課長	調査年月日	復命書番号
			決定年月日	不支給理由

一次健康診断を受けた年月日を記入してください。

実際に二次健康診断を受けた日を記入してください。

検査が複数の日にわたって行われた場合は、最初の日を記入してください。

一次健康診断の結果について記入してください。

一次健康診断における尿蛋白検査の結果を記入してください。

脳または心臓疾患の症状の有無について記入してください。

血糖検査の方法を記入してください。

二次健康診断および特定保健指導を受けた医療機関の名称および所在地を記入してください。

心エコー検査および頸部エコー検査を別の医療機関で受けた場合は、その医療機関については記入する必要はありません。

一次健康診断を受けた日から3か月以内に請求することができなかった場合には、その理由について該当するものに○を付してください。

事業主の証明が必要です。支店長等が事業主の代理人として選任されている場合、当該支店長等の証明を受けてください。

二次健康診断等給付を請求した年月日(二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日)を記入してください。