

# ご記入方法

労働保険番号をご記入下さい。  
(会社に1つある番号です)

(表面) 労働者災害補償保険 裏面に記載してある注意事項をよく  
診断等給付請求書 読んでから、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	フ	ト	ホ	モ	ヨ	ロ		

①管轄局 ②課票区分 ③保留 ④受付年月日

8 5 3 0

⑤労働保険番号 3 3 1 0 1 1 2 3 1 2 3

⑥処理区分 ⑦支給・不支給決定年月日 ⑧特例コード

⑨性別 ⑩労働者の生年月日 ⑪一次健康診断受診年月日 ⑫二次健康診断受診年月日

⑬シメイ(カタカナ) : 姓と名の間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。

オカヤマ タロウ

名 岡山 太郎 (45歳)

オカヤマシ、キタク、エキマエチヨウ

岡山市北区駅前町

⑭郵便番号 700-0023

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、低い場合に限る。)	血糖検査		⑰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。)	⑱尿蛋白検査についての所見	⑲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 <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/>	⑰検査方法 1 血糖値検査 3 ヘモグロビンA1c検査	⑰異常所見(高い場合に限る。)	1 有 <input type="checkbox"/>	1 - <input type="checkbox"/> 3 ± <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> 7 ++ <input type="checkbox"/> 9 +++ <input type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>

名称 電話番号 - -

所在地 郵便番号 -

⑳請求年月日 7平成

労働局長 殿

郵便番号 700-0023 電話番号 086-000-0000

請求人の住所 岡山市北区駅前町

氏名 岡山 太郎

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

労災給付による二次健診を受ける方の氏名・住所・年齢等、ご記入下さい。

労災保険をかけている事業主様のご署名(印で可)とその方の捺印をお願い致します。

労災給付による二次健診を受ける方の署名と捺印をお願い致します。

上記の部分のみ記入モレのないよう、お願い致します。  
受診当日、この用紙をお持ち下さい。