

二次健康診断等給付請求書 記入例

■ 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

※ 帳票種別 ①管轄局 ②職業区分③保留 ④受付年月日

⑤労働保険番号

⑥支給・不支給決定年月日 ⑦特例コード

⑧シメイ (カタカナ) : 姓と名の順は1文字ずつ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 岡山 太郎 (45 歳)

フリガナ オカヤマシキタクエキマエチヨウ

住所 岡山市北区駅前町〇—〇—〇

⑨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。

⑩血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)

⑪血中脂質検査における異常所見 (高い場合に限る。)

⑫血糖検査

⑬BMI (肥満度) の測定における異常所見 (高い場合に限る。)

⑭尿蛋白検査における所見

⑮脳又は心臓疾患について治療を行っているなど、当該疾患の症状の有無

二次健康診断等実施機関の 名称 所在地 電話

⑯の期日が⑩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。

事業主証明欄

事業主の氏名 代表取締役 淳風 太郎

労働者の所属事業場の名称・所在地

労働局長 殿

請求人の住所 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

上記①②は必ずご記入のうえ、検査当日にお持ちください。(事業所ご担当者様へ記入をご依頼ください。)

記入漏れ、持参忘れの場合、検査を受けることができません。

③「労災給付による二次健診を受ける方の氏名・住所・年齢等」、④「労災給付による二次健診を受ける方の署名」の記入も必要です。未記入の場合は来院時にご記入をいただきます。

※紛失をされた場合、岡山労働局 ホームページよりダウンロードが可能です。
但し、3項目該当の場合は、医師名の記入が必要となりますので、ご連絡ください。