

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

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	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	ロ
4	9	オ	コ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	リ	ー

二次健康診断等給付請求書

表面に記載してある注意事項をよく
読んで上で、記入してください。

① 職業種別 ※ 38500	② 管轄局 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 移行	③ 振替区分 <input type="checkbox"/> 振替 <input checked="" type="checkbox"/> 現金	④ 保留 <input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 即時	⑤ 受付年月日 7 月 1 日
⑥ 府県市町村 13101123456	⑦ 基幹番号 123456	⑧ 支給・不支給決定年月日 7 月 1 日	⑨ 特別コード 3	⑩ 労働保険番号 13101123456
⑪ 性別 1 男 3 女	⑫ 労働者の生年月日 5 月 0 日 4 月 2 6 日	⑬ 一次健康診断受診年月日 7 月 2 4 日 0 5 月 1 4 日	⑭ 二次健康診断受診年月日 7 月 2 4 日 0 6 月 2 0 日	⑮ 標準字体 0 5 ア カ サ タ ハ マ ヤ ラ ワ 1 6 イ キ シ チ ニ ヒ ミ リ ヌ 2 7 ウ ク ス ツ ヌ フ ム ユ ル 3 8 エ ケ セ テ ネ ヘ メ レ ロ 4 9 オ コ ト ノ ホ モ ヨ リ
⑯ 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。 姓 名 厚 彦 太 郎 (〇 〇 歳) フリガナ 子ヨダノカスミガキキ 住 所 千代田区霞ヶ関 1-2-2 ⑰ 郵便番号				
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⑱、⑲、⑲及び⑳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。) ⑱ 血圧の測定における異常所見(高い場合に限る。) 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/> ⑲ 血中脂質検査における異常所見(高い場合に限る。ただし、LDLコレステロールについては、低い場合に限る。) 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/> ⑲ 血糖検査 1 血糖値検査 <input checked="" type="checkbox"/> 3 ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> ⑲ 異常所見(高い場合に限る。) 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/> ⑲ 腹囲又はBMI(肥満度)の測定における異常所見(高い場合に限る。) 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/> ⑲ 尿蛋白検査における所見 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 3 無 <input type="checkbox"/>				
二次健康診断等実施機関の 名 称 〇〇病院 電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 所在地 練馬区東大泉 〇-〇-〇 郵便番号 177-XXXX				
⑳ ⑱の期日が⑱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。				
⑲の者について、⑱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⑱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。 24年 6月 13日 事業主 事業の名称 株式会社 〇〇商事 電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 事業場の所在地 中央区銀座 2-4-6 郵便番号 XXX-XXXX 事業主の氏名 〇〇 太郎 (記名押印又は署名)				
労働者の所属事業場の名称・所在地 電話番号 - - 上記により二次健康診断等給付を請求します。 東京 労働局長 殿 ⑲請求年月日 7 月 2 4 日 0 6 月 1 8 日				
請求人の 郵便番号 100-8916 電話番号 03-XXXX-XXXX 住 所 千代田区霞ヶ関 1-2-2 氏 名 厚彦太郎 (記名押印又は署名)				
局長 部長 課長 調査年月日 複命番番号 第 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○を付けてください。

自筆による署名の場合は押印は必要ありません。

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。

請求書記入例(裏面)

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)

一次健康診断を行った医師が血圧、血中脂質、血糖値、腹囲またはBMI(肥満度)のいずれかについては異常なしと診断した場合で、その後産業医等が上記のいずれかの項目について異常を認めたことにより二次健康診断等給付を受ける要件を満たした場合には、産業医等が異常を認めた項目に○を付してください。

[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(⑨及び⑭から⑳までの事項並びに⑩、⑪、⑫及び㉑の元号については、該当番号を記入枠に記入すること)、※印のついた記入欄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」にならって、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りょう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)をいいます。
- ⑫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、また、㉑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。
- ⑭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必要はありません)。
- 「事業主の氏名」の欄及び「請求人の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。
- 「労働者の所属事業場の名称・所在地」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している支店、工場、工事現場等の場合に記載してください。
- 「産業医等」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や同法第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	削字印 加字印	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
				印	