

この欄は記入しないでください

※ 帳票種別 ①管轄局 ②帳票区分③保留 ④受付年月日
 38530 無 新換 1 移行 1

・枠に縦に二重線を引き、余白に正しくご記入ください。

シ 〇 3 8 1 2 3 4
 〇 3 8 1 2 3 4

⑤労働保険番号 ⑥労働者の生年月日 ⑦一次健康診断受診年月日
 1男 3大正 5昭和 7平成 9令和
 1-9月 1-9月 1-9月

⑧労働者の氏名 (歳)
 フリガナ
 住所

⑨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①、②、③及び④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。)

①血圧の測定における異常所見 (高い場合に限る。)	②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。)	③血糖検査 (検査方法 ④異常所見 (高い場合に限る。))	⑤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。)	⑥尿蛋白検査における所見	⑦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
1 有 3 無	1 有 3 無	1 血糖値検査 3 ヘモグロビン 1 有 3 無	1 有 3 無	1 - 3 + 5 ++ 7 +++ 9 ++++	1 有 3 無

赤枠の修正の仕方
 二重線を引き、正しくご記入ください。
 訂正印は必要ありません。

二次健康診断 ⑧の期日 ⑨の期日 ⑩の期日
 公 西健診プラザ 電話(0178) 21 - 1717
 〒039-1103
 その他 (理由:)

⑪の者について、⑫の期日が一次健康診断の実施日であること及び⑬の書類が⑫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。

事業主証明欄	事業主の氏名	事業場の所在地	事業の名称	電話() -
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)				
労働者の所属事業場の名称・所在地				電話() -

上記により二次健康診断等給付を請求します。
 青森 労働局長 殿
 請求年月日 7平 9令
 〒 - 電話() -
 住 所
 氏 名

病 院 診 療 所
 請求人の
 支 給 決 定 後 書
 局 長 部 長 課 長

青枠の日付を間違った場合
 請求年月日は二重線修正ができません。
 お書き直しをお願いします。

この「二次健康診断等給付請求書」は、青森労働局へ提出する大切な請求書です。
 正確にご記入するようお願いします。
 ※労働局からご記入内容について確認のご連絡がいく場合がございます。

八戸西健診プラザ 健康支援係 TEL 090-6853-0472