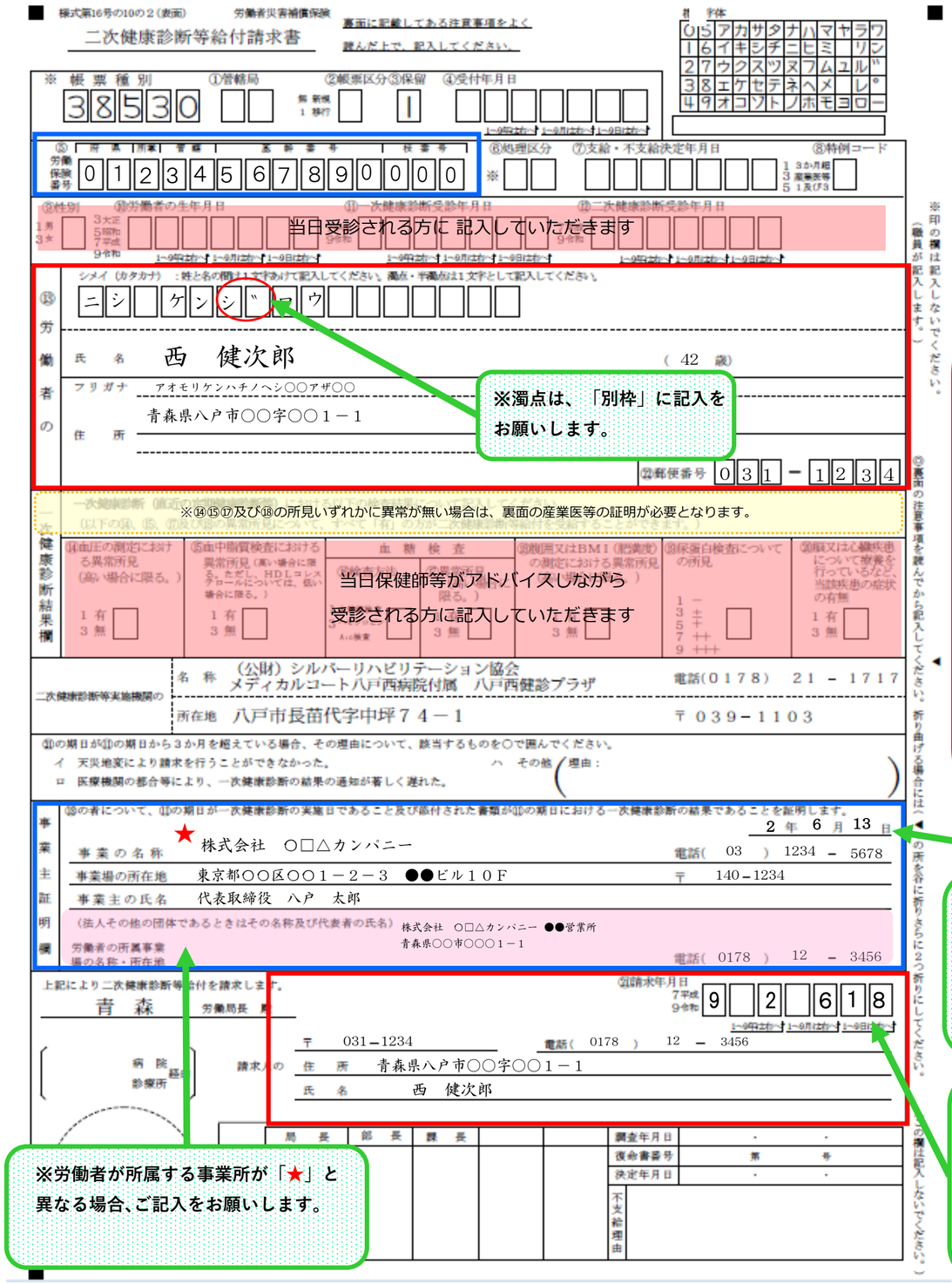
ご記入例

・・・事業主様ご記入
・・・受診される方ご記入


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だ上で、記入してください。

※ 帳票種別 3 8 5 3 0　①管轄局　②帳票区分 1 移行　③保留 1　④受付年月日

⑤労働保険番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0 0（所属 所轄 管轄 基幹番号 枝番号）

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 1男 3女　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

当日受診される方に 記入していただきます

⑬労働者の
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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
ニシ ケンシ゛ロウ
氏名　西　健次郎　（42 歳）
フリガナ　アオモリケンハチノヘシ○○アザ○○
住所　青森県八戸市○○字○○１－１
⑭郵便番号 0 3 1 － 1 2 3 4

※濁点は、「別枠」に記入をお願いします。

※⑭⑮⑰及び⑱の所見いずれかに異常が無い場合は、裏面の産業医等の証明が必要となります。

一次健康診断（直近の健康診断）（以下の⑭、⑮、⑰及び⑱は、当該一次健康診断の結果）

⑭血圧の測定における異常所見（高い場合に限る。）　⑮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（空腹時血糖 HbA1c検査）　⑰肥満又は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既往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

当日保健師等がアドバイスしながら受診される方に記入していただきます

二次健康診断等実施機関の
名称　（公財）シルバーリハビリテーション協会 メディカルコート八戸西病院付属　八戸西健診プラザ　電話（０１７８）２１－１７１７
所在地　八戸市長苗代字中坪７４－１　〒０３９－１１０３

⑪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。
イ　天災地変により請求を行うことができなかった。
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。
ハ　その他（理由：　）

事業主証明欄
⑩の者について、⑪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⑪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。
2 年 6 月 13 日
★ 事業の名称　株式会社　○□△カンパニー　電話（ 03 ）1234 － 5678
事業場の所在地　東京都○○区○○１－２－３　●●ビル１０Ｆ　〒 140－1234
事業主の氏名　代表取締役　八戸　太郎
（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）　株式会社　○□△カンパニー　●●営業所　青森県○○市○○○１－１
労働者の所属事業場の名称・所在地　電話（ 0178 ）12 － 3456

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
㉑請求年月日 7平成 9令和 9 2 6 1 8
〒 031－1234　電話（ 0178 ）12 － 3456
請求人の 住所　青森県八戸市○○字○○１－１
氏名　西　健次郎
病院 診療所 経由

局長　部長　課長
調査年月日　・　・
復命書番号　第　号
決定年月日　・　・
不支給理由

※労働者が所属する事業所が「★」と異なる場合、ご記入をお願いします。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）
㉒裏面の注意事項を読んでから記入してください。折り曲げる場合には、この所を谷に折りさらに２つ折りにしてください。この欄は記入しないでください。

・事業主様・ご本人様の押印・訂正印の必要はありません。
・□枠（記入枠）は、黒のボールペンで記入をお願いします。
パソコンの入力、スタンプの使用は不可です。
・事業主証明欄は、住所印（社判）の押印は可です。
・請求人の欄は、受診者様の自筆でお願いします。

チェックリスト

□請求年月日は、一次健診日より３ケ月以内の日付を記入している。
※事業主証明欄の日付は、㉑請求年月日より前の日付です。

□労働保険番号は、枝番号まで記入している。

□記入は、黒のボールペンを使用している。
※摩擦熱等で消せるボールペンは使用不可です。

□訂正する場合、修正液や修正テープを使用していない。

□二次健康診断等給付請求書は、コピーをして使用していない。
※不足の場合は、☞『八戸西健診プラザ　支援係』までご連絡ください。

□文字を二度書き（重ね書き）をしていない。
※一度ご記入した上をなぞらないようお願いします。

※⑪一次健診の期日が実施日であることを事業主様が証明した日付です。
・㉑請求年月日より前の日付

※労災二次健診の申込みの連絡をした日付です。
・一次健診より３ケ月以内
※労災二次健診日と同日の日付は記入しないようお願いします。

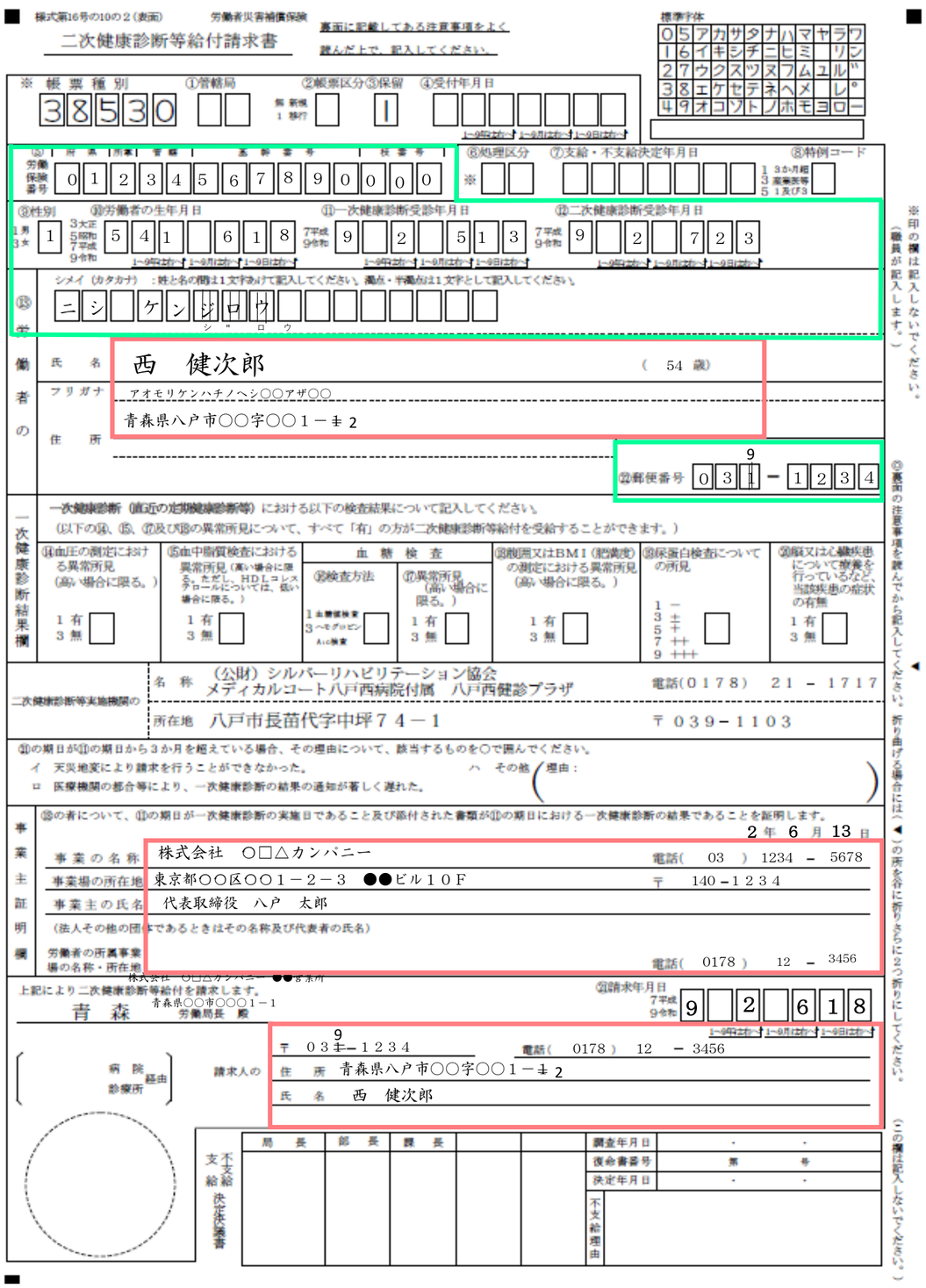
お　願　い

・必要事項をご記入の上、「二次健康診断等給付請求書」を受診当日に忘れずにご持参ください。

・「二次健康診断等給付請求書」は、青森労働局に提出する請求書です。
正確に記入するようお願いします。

※労働局から記入内容についてご確認のご連絡がいく場合がございます。

訂正のしかた


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だ上で、記入してください。

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

⑤労働保険番号 0123456789 0000　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 1 男　⑩労働者の生年月日 5 4 1 6 1 8　⑪一次健康診断受診年月日 9 2 5 1 3　⑫二次健康診断受診年月日 9 2 7 2 3

⑬労働者の
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。濁点・半濁点は1文字として記入してください。
ニシ ケンジロウ
氏名 西　健次郎　（54歳）
フリガナ アオモリケンハチノヘシ○○アザ○○
住所 青森県八戸市○○字○○１－ヰ２
⑭郵便番号 0 3 1 － 1 2 3 4

一次健康診断結果欄
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⑯、⑮、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給することができます。）
⑯血圧の測定における異常所見（高い場合に限る。）1 有 3 無
⑮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。）1 有 3 無
血糖検査 ⑱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 3 無
⑱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 3 無
⑲尿蛋白検査についての所見 1 － 3 ± 5 ＋ 7 ++ 9 +++
⑳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 3 無

二次健康診断等実施機関の
名称 （公財）シルバーリハビリテーション協会 メディカルコート八戸西病院付属　八戸西健診プラザ　電話（０１７８）２１－１７１７
所在地 八戸市長苗代字中坪７４－１　〒０３９－１１０３

⑪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。
イ 天災地変により請求を行うことができなかった。
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。
ハ その他（理由：　）

事業主証明欄
⑳の者について、⑪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⑪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。
２年 ６月 13日
事業の名称 株式会社　○□△カンパニー　電話（ 03 ）1234 － 5678
事業場の所在地 東京都○○区○○１－２－３　●●ビル１０F　〒 140－1234
事業主の氏名 代表取締役　八戸　太郎
（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 株式会社　○□△カンパニー　●●営業所　電話（ 0178 ）12 － 3456

上記により二次健康診断等給付を請求します。
青森 青森県○○市○○○１－１ 労働局長　殿
㉑請求年月日 9 2 6 1 8

請求人の
〒 03 1－1234　電話（ 0178 ）12 － 3456
住所 青森県八戸市○○字○○１－ヰ２
氏名 西　健次郎

病院 診療所 経由

支給 不支給 決定決議書
局長 部長 課長
調査年月日 ・ ・
復命書番号 第　号
決定年月日 ・ ・
不支給理由

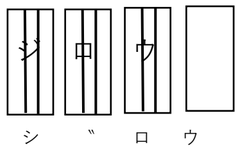
事業主様・ご本人様の押印・
訂正印の必要はありません

緑枠内の □ 枠（記入枠）の訂正のしかた

・□ **枠(記入枠）に縦に二重線を引き、余白に正しくご記入ください**

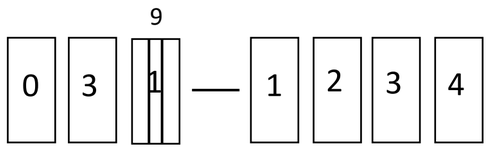
例１）濁点を別枠に記入しなかった場合

□ 枠（記入枠）に縦に二重線を引き、余白に正しくご記入ください



例２）記入した文字・数字を間違った場合

□ 枠（記入枠）に縦に二重線を引き、余白に正しくご記入ください



赤枠内の訂正のしかた

・**二重線を引き、余白に正しくご記入ください**

青森県八戸市〇〇字〇〇１－ヰ２

改正日　R3.2.10