

労災保険

二次健康診断等給付 の請求手続



労働安全衛生法に基づいて行われる定期健康診断等のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」といいます）において、脳・心臓疾患に関連する一定の項目に異常の所見がある場合に、二次健康診断等給付が受けられます。

給付の要件

1 一次健康診断の結果、異常の所見が認められること

一次健康診断の結果、次のすべての検査項目について、「異常の所見」があると診断されたときは二次健康診断等給付を受けることができます。

- ① 血圧検査
- ② 血中脂質検査
- ③ 血糖検査
- ④ 腹囲の検査またはBMI（肥満度）の測定

なお、一次健康診断の担当医師により、①から④の検査項目において「異常なし」と診断された場合であっても、労働安全衛生法に基づき事業場に選任されている産業医等が、就業環境等を総合的に勘案し、異常の所見を認めた場合には、産業医等の意見を優先します。

2 脳・心臓疾患の症状を有していないこと

一次健康診断またはその他の機会で、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断された場合、二次健康診断等給付を受けることはできません。

3 労災保険の特別加入者でないこと

特別加入者の健康診断の受診は自主性に任されていることから、特別加入者は二次健康診断等給付の対象とはなりません。

給付の内容

二次健康診断等給付では、二次健康診断と特定保健指導があります。

1 二次健康診断

二次健康診断は、脳血管と心臓の状態を把握するために必要な検査で、具体的には、次の検査を行います。

① 空腹時血中脂質検査

空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）および血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査

② 空腹時血糖値検査

空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査

③ ヘモグロビンA_{1c}（エーワンシー）検査

食事による一時的な影響が少なく、過去1～2か月間における平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA_{1c}の割合を測定する検査

※ 一次健康診断で受検している場合は、二次健康診断では行いません。

④ 負荷心電図検査または胸部超音波検査（心エコー検査）のいずれか一方の検査

- ・ 負荷心電図検査

階段を上り下りするなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査

- ・ 胸部超音波検査

超音波探触子を胸壁に当て、心臓の状態を調べる検査

⑤ 頸部超音波検査（頸部エコー検査）

超音波探触子を頸部に当て、脳に入る動脈の状態を調べる検査

⑥ 微量アルブミン尿検査

尿中のアルブミン（血清中に含まれるタンパク質の一種）の量を精密に測定する検査

※ 一次健康診断の尿蛋白検査で、疑陽性（±）または弱陽性（+）の所見が認められた場合に限ります。

2 特定保健指導

特定保健指導は、二次健康診断の結果に基づき、脳・心臓疾患の発症の予防を図るため、医師または保健師の面接により行われる保健指導です。具体的には、次の指導を行います。

① 栄養指導

適切なカロリーの摂取等、食生活上の指針を示す指導

② 運動指導

必要な運動の指針を示す指導

③ 生活指導

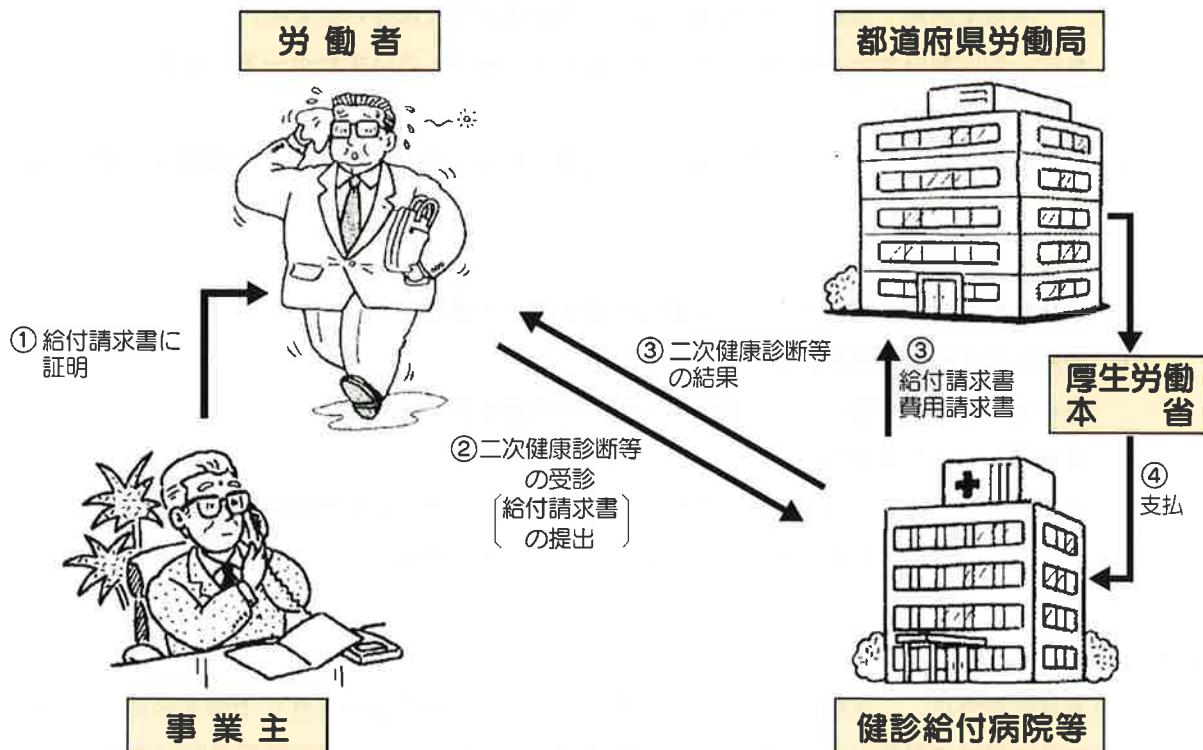
飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導

なお、二次健康診断の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合は特定保健指導は、実施されません。

二次健康診断等給付の流れ

労災病院または都道府県労働局が指定する病院・診療所（以下「健診給付病院等」といいます）において、直接、二次健康診断および特定保健指導を無料で受診できます。

二次健康診断等給付の流れは、以下のようになります。



請求の手続き

二次健康診断等給付を受けようとする方は、「二次健康診断等給付請求書」（様式第16号の10の2）に必要事項を記入し、一次健康診断の結果を証明することができる書類（一次健康診断の結果の写しなど）を添付して、健診給付病院等を経由して、所轄の都道府県労働局長に提出してください。

請求に当たっての注意事項

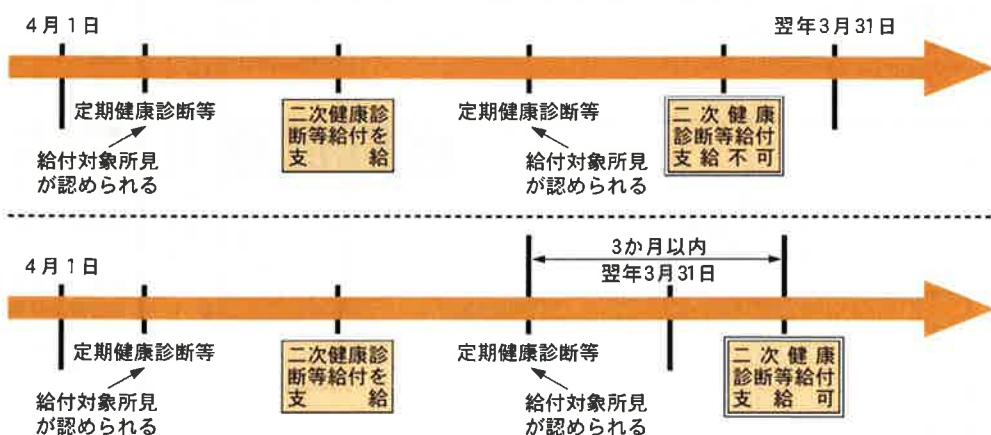
1 請求期間

二次健康診断等給付の請求は、一次健康診断の受診日から3か月以内に行ってください。ただし、次のようなやむを得ない事情がある場合は、3か月を過ぎてからの請求も認められます。

- ① 天災地変により請求を行うことができない場合
- ② 一次健康診断を行った医療機関の都合などにより、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた場合

2 給付を受けることができる回数

二次健康診断等給付は、1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回のみ受けることができます。そのため、同一年度内に2回以上の定期健康診断等を受診し、いずれの場合も二次健康診断等給付の要件を満たしていた場合でも、二次健康診断等給付はその年度内に1回しか受けることができません。



3 二次健康診断等給付を受けることができる医療機関

二次健康診断等給付は、健診給付病院等でのみ受けることができます。

請求書記入例(表面)

■ 保険第16号の1の9(2) (表記) 労働者受取欄印鑑
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
読みなして、記入してください。

被保険種別 実管轄局 令和元年分定期保険 受付年月日
※ 38530 □□ 1

標準音体
05 アカサタナハマヤラワ
16 キシチニヒミ リン
27 ウクスツヌフムユル
38 エケセテネヘメ レ
44 ラオコブトノホモヨロー

被保険者番号 勤務者番号 病者番号
※ 13101123456000
勤務者別 年齢労働者の生年月日
1 3人未満 5000426 7300514 7300620
3人以上 7300426 7300514 7300620

シメイ(タケカワ) 姓と名と性別を必ず記入してください。性別・半端は1文字で記入してください。
勤務労働者コード
コウロウタロウ

氏名 厚労太郎 (○○歳)
勤務労働者コード
千代田区霞ヶ関 1-2-2

一次健康診断(直近の定期健康診断等)における以下検査結果について記入してください。
(以下左、右、前、後及び脚の異常を見つめて、すべて「有」の方が、次健康診断等給付を受給する
ことができます。)

貧血(赤血球における異常を見る (頭痛等に起因する。)) 1 有 3 無	高血中蛋白質検査における異常を見る (頭痛等に起因する。) 1 有 3 無	血糖検査 検査方法 1 有 3 無	高脂血症DMの検査における異常を見る (頭痛等に起因する。) 1 有 3 無	尿蛋白検査においての検査 1 有 3 無	高脂血症DMの検査における異常を見る (頭痛等に起因する。) 1 有 3 無
---	--	----------------------------	---	----------------------------	---

名称 ○○病院 電話 () -
所在地 練馬区東大泉 ○-○-○

貴の機関が他の機関からは手分けされている場合、その理由について、該当するものまで聞んください
イ 大変地元により請求を行なうことができなかった ゆ 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が署名が差し戻された

事業主の名稱 株式会社 ○○商事 電話 () -
事業場の所在地 中央区銀座 2-4-○○
事業主の氏名 ○○太郎 (記名押印又は署名)
(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
東京 方管轄局 段

100-8916 電話 () -
請求年月日 7300618
請本人印
住所 千代田区霞ヶ関 1-2-2
氏名 厚労太郎 (記名押印又は署名)
支給不^{支給}
決定書

局長	部長	課長	調査年月日	第	リ
			復命書番号	第	リ
			決定年月日	第	リ
			下支給理由		

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
とができない場合には、その
理由について該当するものに
○を付してください。

事業主の証明が必要です。支
店長等が事業主の代理人とし
て選任されている場合、当該
支店長等の証明を受けてく
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○で印んでください。		
イ 血圧		
ロ 血中脂質		
ハ 血糖値		
ニ 腹囲またはBMI(肥満度)	異常の所見があると診断 した産業医等の氏名	印 (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]

- 1  で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学式文字読取装置(OCR)で直接読み取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりつけたりしないでください。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままでし、事項を選択する場合には該当事項を○で印み(⑨及び⑩から⑫までの事項並びに⑬、⑭及び⑮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。
- 3 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ように記入してください。
- 4 「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。
- 5 ⑬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、⑭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。
- 6 ⑨から⑫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。
- 7 「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。)。
- 8 「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、自筆による署名することができます。
- 9 「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受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。
- 10 「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 きの訂正用欄	削字 印 加字	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 社会保険 労務上 記載欄	氏 名	電 話 番 号
----------------------------	---------------	--	--------	------------------

請求書は、厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken06/>)

トップページ「分野別的情報」雇用・労働>労働基準>労災補償>労災保険給付関係請求書等ダウンロード

