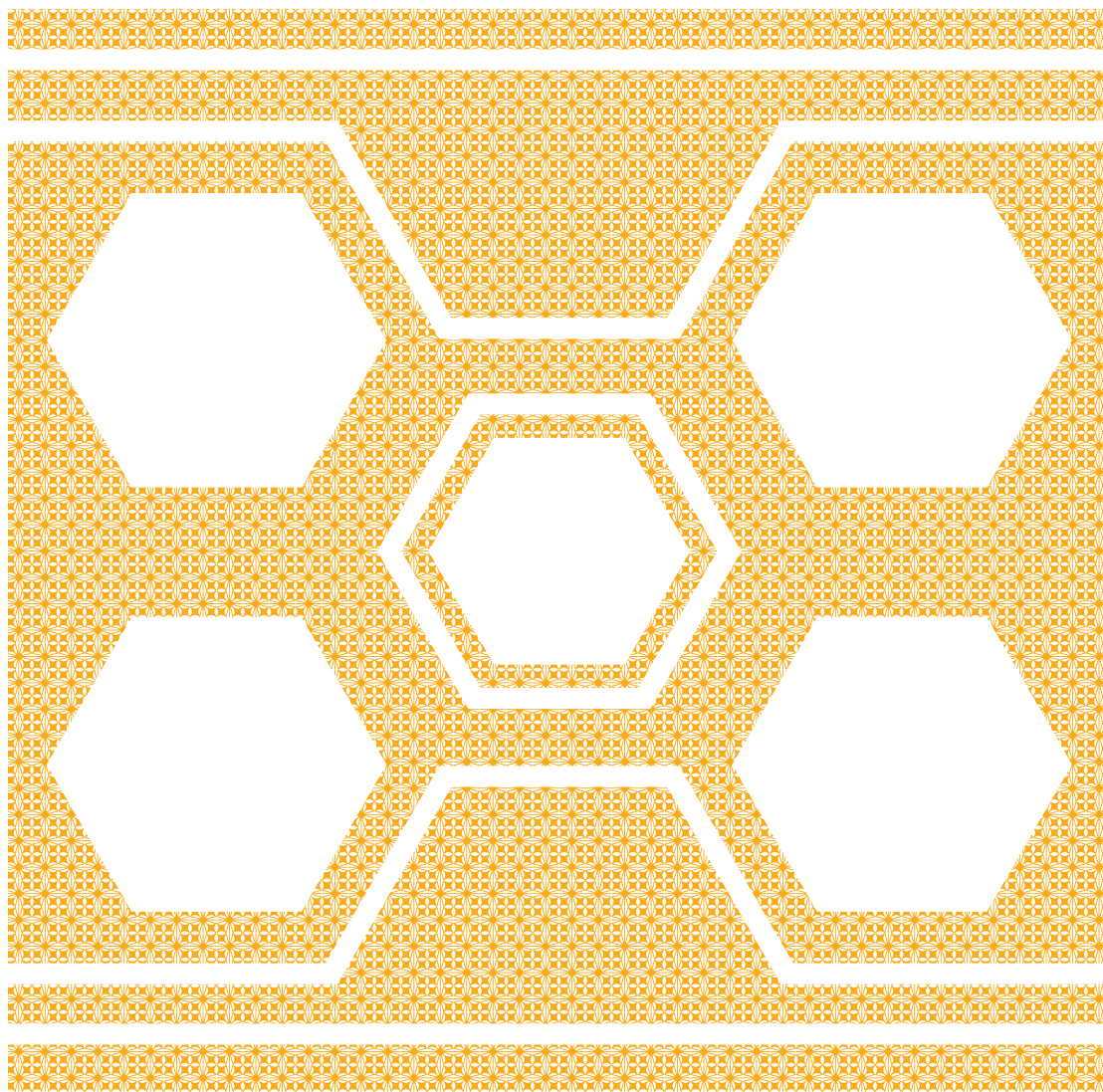


労災保険

# 二次健康診断等給付 の請求手続



定期健康診断の結果、脳・心臓疾患に関連する一定の項目について異常の所見があるとき

厚生労働省  
都道府県労働局  
労働基準監督署

労働安全衛生法に基づく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ついて異常の所見があると診断された場合に、二次健康診断等給付が支給されます。

## 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

二次健康診断等給付は、一次健康診断の結果において、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方が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 腹囲の検査又は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の所見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、異常の所見が認められると診断した場合には、産業医等の意見を優先して、異常の所見があるとみなします。

④の「腹囲の検査」は、平成20年4月1日から適用されます。

### 2 脳・心臓疾患の症状を有していないこと

一次健康診断又はその他の機会で、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断された方については、二次健康診断等給付の対象とはなりません。

### 3 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されていません。

## 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給付されます。

### 1 二次健康診断

二次健康診断は、脳血管及び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）及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

※平成20年4月1日から、血清総コレステロールの量の検査に代えて、低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量の検査となります。

#### 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A1c（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A1cの割合を測定する検査

※ 一次健康診断で受診している場合は、二次健康診断では支給されません。

#### ④ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査（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（+）の所見が診断さ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、医師又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。

なお、特定保健指導は、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

た場合は実施されません。

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

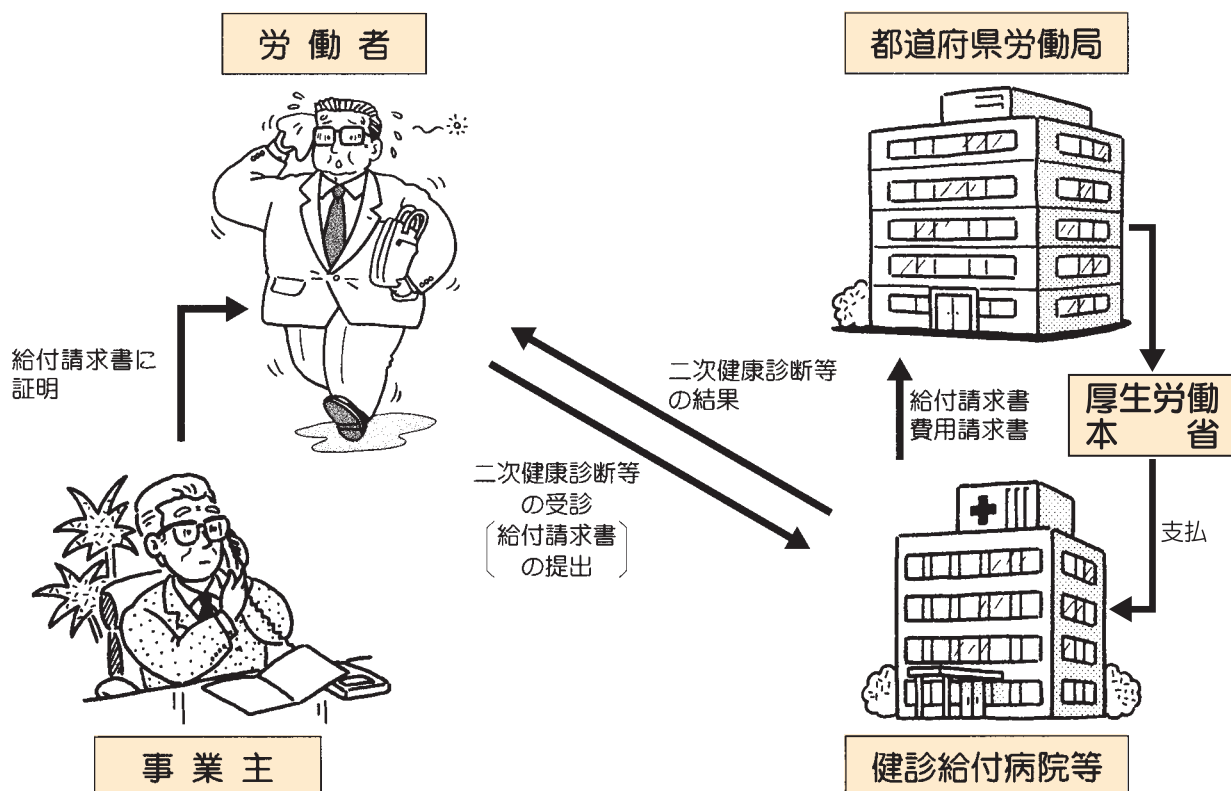
③ 生活指導

飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導

## 二次健康診断等給付の支給の流れ

二次健康診断等給付は、労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院若しくは診療所（以下「健診給付病院等」といいます。）において、直接二次健康診断及び特定保健指導そのものを給付する、いわゆる現物給付方式になります。そのため、受診の方が二次健康診断等給付に要する費用を負担する必要はありません。

二次健康診断等給付の流れは、以下のようになります。



## 給付請求の方法

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

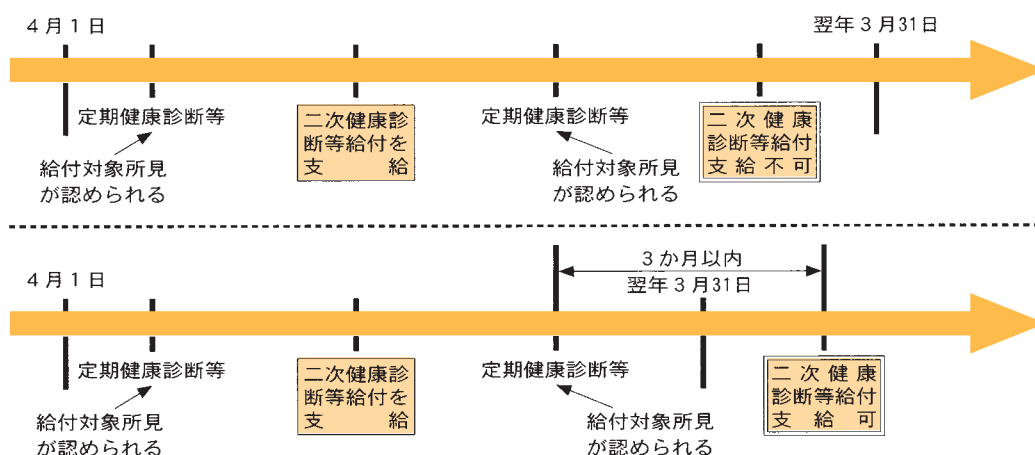
### 1 請求期間

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か月以内に行わねばなりません。一次健康診断の受診日から3か月を過ぎて請求が行われた場合、二次健康診断等給付を受けることはできません。ただし、次のようなやむを得ない事情がある場合は除きます。

- 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等により、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る場合でも、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。



請求書記載例(表)

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。

標準字体

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | ア | カ | サ | タ | ナ | 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 | ン |
| 3 | 8 | エ | ケ | セ | テ | ネ | ヘ | メ |   | レ | ・ |
| 4 | 9 | オ | コ | ソ | ト | ノ | ホ | モ | ヨ | ロ | ー |

|                                      |  |                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                    |  |                                       |  |
|--------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 事業種別<br>※ 38500                      |  | ①労働局<br>新規<br>移行                                                                                                                   |  | ②健康区分<br>③保障<br>元月 年 月 日                                                                                                           |  | ④受付年月日<br>元月 年 月 日                                                                                                                 |  | ⑤健康区分<br>38エフセアネヘレヨ                   |  |
| ⑥府県<br>13101                         |  | ⑦所管官庁<br>11234                                                                                                                     |  | ⑧基礎番号<br>56                                                                                                                        |  | ⑨枝番号                                                                                                                               |  | ⑩処理区分<br>※                            |  |
| ⑪支給・不支給決定年月日<br>元月 年 月 日             |  | ⑫特例コード<br>1 3か月経過<br>3 産業医等<br>5 及び                                                                                                |  | ⑬性別<br>男性 女性                                                                                                                       |  | ⑭労働者の生年月日<br>1 3大正 5昭和 7平成                                                                                                         |  | ⑮一次健康診断受診年月日<br>7大正 9昭和 5平成           |  |
| ⑯二次健康診断受診年月日<br>平仮名                  |  | ⑰一次健康診断結果<br>1有 3無                                                                                                                 |  | ⑱血圧の測定における異常所見<br>(高い場合に限る)                                                                                                        |  | ⑲血糖検査<br>⑳検査方法<br>1血糖値 3Aα検査                                                                                                       |  | ㉑腹囲又はBMI(肥満度)の測定における異常所見<br>(高い場合に限る) |  |
| ㉒尿蛋白検査について<br>1 - 3 ± 5 + 7 ++ 9 +++ |  | ㉓脳又は心臓疾患について療養を行って当該疾患の症状の有無<br>1有 3無                                                                                              |  | ㉔名称<br>山田病院                                                                                                                        |  | ㉕電話番号<br>03-1234-5678                                                                                                              |  | ㉖所在地<br>練馬区東大泉〇-〇-〇                   |  |
| ㉗郵便番号<br>177-XXXX                    |  | ㉘期日が⑪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。<br>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：<br>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遅く遅れた。 |  | ㉙事業主証明欄<br>事業主証明<br>事業主氏名<br>代表取締役 本田 太郎<br>(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)<br>労働者の所属事業場の名称・所在地<br>東京 労働局長 殿<br>上記により二次健康診断等給付を請求します。 |  | ㉚事業主証明欄<br>事業主証明<br>事業主氏名<br>代表取締役 本田 太郎<br>(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)<br>労働者の所属事業場の名称・所在地<br>東京 労働局長 殿<br>上記により二次健康診断等給付を請求します。 |  | ㉛請求年月日<br>7平成 19年 6月 13日              |  |
| ㉜郵便番号<br>XXX XXXX                    |  | ㉝電話番号<br>03 XXXX XXXX                                                                                                              |  | ㉞住所<br>練馬区高野台〇-〇-〇                                                                                                                 |  | ㉟氏名<br>鈴木 次郎                                                                                                                       |  | ㊱病歴<br>病歴<br>診療所                      |  |
| ㊲調査年月日                               |  | ㊳復命書番号                                                                                                                             |  | ㊴決定年月日                                                                                                                             |  | ㊵調査内容                                                                                                                              |  | ㊶調査結果                                 |  |

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。

(この欄は記入しないでください)

## 請求書記載例(裏)

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)                                                                                        | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>異常の所見があると診断した産業医等の氏名</div> <div>㊟<br/>(記名押印又は署名)</div> </div> |

一次健康診断を行った医師が血圧、血中脂質、血糖値、腹囲又はBMI（肥満度）のいずれかについては異常の所見が認められないと診断した場合で、その後産業医等が上記のいずれかの項目について異常があると診断し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、産業医等が異常の所見があると診断した項目に○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。
- 2 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。
- 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ょ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 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。
- 6 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。
- 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、自筆による署名を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。
- 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印欄 | 削字<br>加字 ㊟ | 社会保険<br>労務士<br>記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏 名<br>㊟ | 電 話 番 号 |
|--------------------|------------|--------------------|----------------------|----------|---------|

