

### 健康診断制度対象労働者一覧

( )	(1)氏名		(2)雇用契約期間	無期 ・ 有期 ( 年 月 )	
	(3)雇用保険被保険者番号	—			
	(4)1週間の所定労働時間	時間(同職種の通常の労働者の1週間の所定労働時間 時間)			
	(5)健康診断の実施日	平成 年 月 日	(6)受診した健診	雇入時健康診断 人間ドック	定期健康診断 生活習慣病予防検診
	(7)健診内容	【雇入時健診、定期健診の場合】※該当に○ ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健診のみ) ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査 ⑪心電図検査		【人間ドック、生活習慣病予防検診の場合】※該当に○ a 基本健康診査 e 乳がん検診 b 胃がん検診 f 大腸がん検診 c 子宮がん検診 g 歯周疾患検診 d 肺がん検診 h 骨粗鬆症検診	
	(8)本人確認	上記内容について確認しました。健診に係る費用の(全部・半分以上)を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊤			
( )	(1)氏名		(2)雇用契約期間	無期 ・ 有期 ( 年 月 )	
	(3)雇用保険被保険者番号	—			
	(4)1週間の所定労働時間	時間(同職種の通常の労働者の1週間の所定労働時間 時間)			
	(5)健康診断の実施日	平成 年 月 日	(6)受診した健診	雇入時健康診断 人間ドック	定期健康診断 生活習慣病予防検診
	(7)健診内容	【雇入時健診、定期健診の場合】※該当に○ ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健診のみ) ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査 ⑪心電図検査		【人間ドック、生活習慣病予防検診の場合】※該当に○ a 基本健康診査 e 乳がん検診 b 胃がん検診 f 大腸がん検診 c 子宮がん検診 g 歯周疾患検診 d 肺がん検診 h 骨粗鬆症検診	
	(8)本人確認	上記内容について確認しました。健診に係る費用の(全部・半分以上)を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊤			
( )	(1)氏名		(2)雇用契約期間	無期 ・ 有期 ( 年 月 )	
	(3)雇用保険被保険者番号	—			
	(4)1週間の所定労働時間	時間(同職種の通常の労働者の1週間の所定労働時間 時間)			
	(5)健康診断の実施日	平成 年 月 日	(6)受診した健診	雇入時健康診断 人間ドック	定期健康診断 生活習慣病予防検診
	(7)健診内容	【雇入時健診、定期健診の場合】※該当に○ ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健診のみ) ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査 ⑪心電図検査		【人間ドック、生活習慣病予防検診の場合】※該当に○ a 基本健康診査 e 乳がん検診 b 胃がん検診 f 大腸がん検診 c 子宮がん検診 g 歯周疾患検診 d 肺がん検診 h 骨粗鬆症検診	
	(8)本人確認	上記内容について確認しました。健診に係る費用の(全部・半分以上)を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊤			
( )	(1)氏名		(2)雇用契約期間	無期 ・ 有期 ( 年 月 )	
	(3)雇用保険被保険者番号	—			
	(4)1週間の所定労働時間	時間(同職種の通常の労働者の1週間の所定労働時間 時間)			
	(5)健康診断の実施日	平成 年 月 日	(6)受診した健診	雇入時健康診断 人間ドック	定期健康診断 生活習慣病予防検診
	(7)健診内容	【雇入時健診、定期健診の場合】※該当に○ ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健診のみ) ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査 ⑪心電図検査		【人間ドック、生活習慣病予防検診の場合】※該当に○ a 基本健康診査 e 乳がん検診 b 胃がん検診 f 大腸がん検診 c 子宮がん検診 g 歯周疾患検診 d 肺がん検診 h 骨粗鬆症検診	
	(8)本人確認	上記内容について確認しました。健診に係る費用の(全部・半分以上)を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊤			

【記入上の注意】

健康診断制度対象労働者一覧(以下「一覧」という。)は次により記入してください。

- (1) 一覧には、健康診断を実施した対象労働者順に、一覧(1)から(8)までを記載し左欄に実施の順番を記載してください。最後の実施者には「(最終)」と記載してください。
- (2) 「(2)雇用契約期間」には、雇用契約の別、期間の定めのある場合はその契約期間を記載してください。
- (3) 「(4)1週間の所定労働時間」には、対象労働者の所定労働時間と対象労働者と同職種の通常の労働者の1週間の所定労働時間を記載してください。

(注) 雇入時健康診断及び定期健康診断は、以下のイ及びロのいずれにも該当する「常時使用する労働者」については、労働安全衛生法で事業主に実施が義務付けられていますので奨励金の対象とはなりません。

(常時使用する労働者とは)

イ 期間の定めのない契約により使用される者であること。

(なお、期間の定めのある契約により使用される者の場合は、更新により1年以上使用されることが予定されている者、及び更新により1年以上使用されている者。)

ロ その者の1週間の所定労働時間が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数の4分の3以上であること。

(4) 「(5)健康診断の実施日」には、対象労働者ごとに健康診断を実施した年月日を記載してください。

(5) 「(6)受診した健診」には、当該労働者が受診した健診の種類に○を付けてください。

(6) 「(7)健診内容」には、実施した健診内容に○を付けてください。

雇入時健康診断、定期健康診断については、労働安全衛生規則第43条及び同規則第44条の例により実施する健診を対象とするため、全ての項目を実施することが必要です。(ただし、定期健康診断については、③、④、⑥から⑨及び⑪の項目の一部又は全部について、厚生労働大臣の定める基準に基づき、医師の判断により省略することができます。)

(7) 「(8)本人確認」は、必ず対象労働者本人が署名・押印してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名・押印できない場合に限り、事業主がその理由を別添(任意様式)に記載し、署名・押印してください。