

(都道府県労働局提出用)

健診給付
病院等
番号

健診給付
病院等の
名称

参考資料3

帳票種別 ※修正項目番号

3 8 7 0 1

② 労働者番号
府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号

④ 労働者のシメイ(カナ)：姓と名の間は1文字あけてください。

姓 名

⑦ 労働者の生年月日

元号 年 月 日

⑨ 二次健康診断受診年月日

元号 年 月 日

⑩ 請求額

万 円

① 支払額

万 千 百 十 円

③ 増減コード及び増減額

+ 増 減 万 千 百 十 円

⑤ 増減理由

⑥ 処理区分

⑧ 決定年月日

元号 年 月 日

⑨ 金額

事業
の
名
称

事業
場
所
在
地

都
道
府
県

郡
区
市

検査
項目
1

⑪ 空腹時血中脂質検査

1 有
3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査
項目
2

⑫ 空腹時血糖値検査

1 有
3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査
項目
3

⑬ ヘモグロビンA1c検査

1 有
3 無

※ 一次健康診断でヘモグロビンA1c検査を行っていない者に限り行ってください。

検査
項目
4

⑭ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査)

1 負荷心電図
3 胸部超音波

※ 1又は3のいずれか一方の検査を行ってください。

検査
項目
5

⑮ 頸部超音波検査(頸部エコー検査)

1 有
3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査
項目
6

⑯ 微量アルブミン尿検査

1 有
3 無

※ 一次健康診断における尿蛋白検査で、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見が認められた者に限り行ってください。

⑰ 特定保健指導

1 有
3 無

※ 二次健康診断において、脳又は心臓疾患の症状が認められない者に限り行ってください。

⑱ 脳又は心臓疾患の症状の有無

1 有
3 無

※ 受診者に当該症状が認められるか否かの確認を行ってください。

修正
欄

修正欄

二
次
健
康
診
断
等
費
用
請
求
内
訳
書

職員記入欄

職員記入欄

(受診者用)

健診給付 病院等の 名称	
--------------------	--

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

元号 年 月 日
3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和

二次健康診断受診年月日

元号 年 月 日
7 平成
9 令和

事業 の 名 称			
事業 場 の 所 在 地	都道 府 県	郡区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見		
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査	- ± + ++ +++	
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見		

[二次健康診断等の結果における医師の所見]

氏 名	
	 (記名押印又は署名)

(事業主提出用)

健診給付 病院等の 名称	
--------------------	--

二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

3 大正
 5 昭和
 7 平成
 9 令和

元号 年 月 日

二次健康診断受診年月日

7 平成
 9 令和

元号 年 月 日

事業 の 名 称			
事業 場 の 所 在 地	都 道 府 県	郡 区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見		
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査	- ± + ++ +++	
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見		

[二次健康診断等の結果における医師の所見]

氏 名	
	<input type="checkbox"/> (印) (記名押印又は署名)

(病院・診療所控え)

二次健康診断等の受診記録

② 労働者番号

府	県	所	管	基	幹	番	号	枝	番	号

④ 労働者のシメイ(カナ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑦ 労働者の生年月日

元号	年	月	日

3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和

⑨ 二次健康診断受診年月日

元号	年	月	日

7 平成
9 令和

⑩ 請求額

万	千			円

事業名称			
事業場の所在地	都道府県	郡市区市	
二次健康診断結果	① 空腹時血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)	
	1 有 <input type="checkbox"/>	HDLコレステロール (mg/dl)	
	3 無 <input type="checkbox"/>	中性脂肪 (mg/dl)	
	② 空腹時血糖値検査	血糖値 (mg/dl)	
	1 有 <input type="checkbox"/>		
	3 無 <input type="checkbox"/>		
	③ ヘモグロビンA1c検査	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
1 有 <input type="checkbox"/>			
3 無 <input type="checkbox"/>			
④ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査)	医師の所見		
1 負荷心電図 <input type="checkbox"/>			
3 胸部超音波 <input type="checkbox"/>			
⑤ 頸部超音波検査 (頸部エコー検査)	医師の所見		
1 有 <input type="checkbox"/>			
3 無 <input type="checkbox"/>			
⑥ 微量アルブミン尿検査	微量アルブミン尿検査	- ± + ++ +++	
1 有 <input type="checkbox"/>			
3 無 <input type="checkbox"/>			
⑦ 特定保健指導	医師の所見		
1 有 <input type="checkbox"/>			
3 無 <input type="checkbox"/>			

[二次健康診断等の結果における医師の所見]

氏名	
	(記名押印又は署名)