

労働者災害補償保険  
特別加入時健康診断実施依頼書

病院院長殿

下記の者について、健康の状態を証明する書類が必要ですので、所定の健康診断証明書による検査及び診断を依頼します。

平成 年 月 日

労働局

労働基準監督署長㊦

住所

TEL

① 受診者の 氏名		住所																									
② 作業 従事 歴	作業の内容	従事期間	取扱い工具（又は材料）名又は作業態様																								
③ 実施する健康診 断の種類	イ.じん肺健康診断    ロ.振動障害健康診断    ハ.鉛中毒健康診断    ニ.有機溶剤中毒健康診断																										
④ 使用する健康診 断証明書の種類	イ.じん肺健康診断証明書    ハ.鉛中毒健康診断証明書 ロ.振動障害健康診断証明書    ニ.有機溶剤中毒健康診断証明書																										
⑤ 健康診断の実施 期日	平成 年 月 日から平成 年 月 日までの間																										
⑥  所属する事業場  又は  特別加入団体	労働保険番号																										
	<table border="1"> <tr> <td>府</td><td>県</td><td>所</td><td>管</td><td>轄</td><td>基</td><td>幹</td><td>番</td><td>号</td><td>枝</td><td>番</td><td>号</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号												
	府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号															
名称																											
住所		TEL																									
代表者の氏名			㊦																								

〔注意事項〕

- イ. 健康診断は、⑤の期間内に実施して下さい。
- ロ. 健康診断の証明は、④の健康診断証明書を用いて行って下さい。
- ハ. 検査費用等については、「特別加入健康診断費用請求書により労働基準監督署長を経由して所轄労働局長に請求して下さい。
- ニ. 「代表者の氏名」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。