

第7章 二次健康診断等給付制度について

1 目的

「二次健康診断等給付」は、労働者の業務上の事由による脳・心臓疾患の発症を予防するため、労働安全衛生法の規定によ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、

血压

血中脂質

血糖

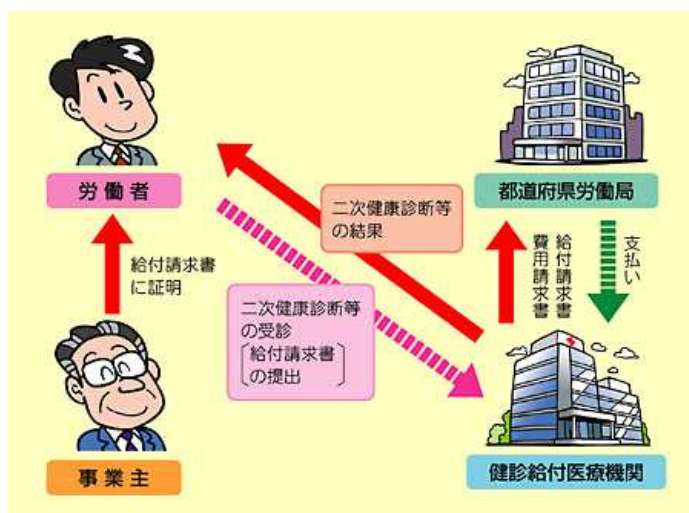
腹囲の検査又はBMI（肥満度）の測定

のすべての検査項目（産業医等が認めた場合を除きます。）に異常の所見が認められた場合に労働者の請求に基づいて労災保険の保険給付として二次健康診断と特定保健指導を給付するものです。

二次健康診断等の給付は、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「二次健診等給付医療機関」といいます。）を通じて行うこととしています。

2 給付請求書の受理

二次健康診断等給付を受けようとする労働者は、二次健康診断等給付請求書（様式第16号の10の2）(P134)に一次健康診断の結果を証明できる書類を添付して、二次健診等給付医療機関を経由して、労働者が所属する事業場を所轄する都道府県労働局長に提出することになっています。



二次健診等給付医療機関は、給付請求書の受理にあたっては、次の点に留意が必要となります。

二次健康診断を請求した日が、一次健康診断を受診した日から3か月を経過していないこと。

請求した日とは、労働者が二次健康診断等を医療機関に申し込んだ日となります。

一次健康診断を受診した日から3か月を経過後に請求した場合、原則として二次健康診断等給付を受けることはできません。

但し、

- ・ 天災地変により請求を行うことができない場合、
- ・ 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

は、給付を受けることができます。

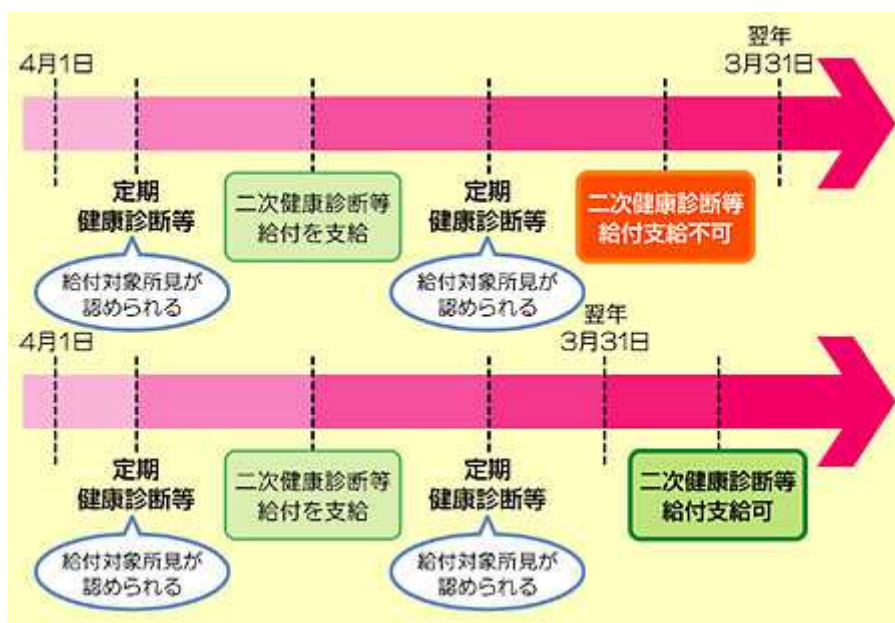
当該年度内に二次健康診断等給付を支給していないこと。

二次健康診断等給付の支給は、1年度内に1回と限定されています。

事業主や労災保険特別加入者等は、二次健康診断等給付の対象とされていません。

事業主の親族や役員の場合も対象にならない場合があります。あらかじめ宮城労働局又は所轄労働基準監督署へご相談ください。

受診者が脳・心臓疾患の症状を有していないこと(具体的薬物治療をしていないこと)



3 給付の内容

(1) 二次健康診断

空腹時血中脂質検査

(LDLコレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセライド)

空腹時血糖値検査

ヘモグロビンA1c検査

(一次健康診断で行われていた場合は除きます。)

負荷心電図検査又は心エコー検査のどちらか

頸部エコー検査

微量アルブミン尿検査

(ただし、一次健康診断における尿蛋白検査において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診断された場合に限りです。)

(2) 特定保健指導

生活指導

栄養指導

運動指導

各保健指導は、所定の文書により行うこととなります。

4 二次健康診断等に要した検査の費用の額

検査内容及び費用は具体的に以下のような組み合わせになります。

検査項目	検査の有無							
	○	×	○	×	○	×	○	×
空腹時血糖値検査								
空腹時血中脂質検査								
ヘモグロビン A1c 検査		×		×		×		×
負荷心電図検査	×	×	×	×				
胸部超音波検査					×	×	×	×
頸部超音波検査								
微量アルブミン尿検査			×	×			×	×
特定保健指導を行った 場合の合計額(円)	32,332	30,244	30,700	28,612	26,332	24,244	24,700	22,612
特定保健指導を行わない 場合の合計額(円)	25,132	23,044	23,500	21,412	19,132	17,044	17,500	15,412

○は実施したもの、×は実施しなかったものを表します。

負荷心電図と胸部超音波検査はいずれかの選択です。(負荷心電図検査については「四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導」により実施し、胸部超音波検査については「経胸壁心エコー法」により実施することとなります。)

ヘモグロビン A 1 c 検査は、一次検査で行った場合は行えません。

微量アルブミン尿検査は、一次検査で疑陽性、弱陽性の場合に行います。(微量アルブミン尿検査については、「定量」により実施することになります。)

特定保健指導は、二次健診の結果、脳・心臓疾患の症状を有していると診断された場合を除き、必ず実施しなければなりません。

5 費用の請求手続き等

(1) 二次健康診断等の費用の請求

請求にあたっては、

二次健康診断等費用請求書(二機様式第 1 号、帳票種別 3 8 7 0 0) P132

二次健康診断等費用請求内訳書(二機様式第 2 号、帳票種別 3 8 7 0 1) P133

二次健康診断等給付請求書(様式第 16 号の 10 の 2、帳票種別 3 8 5 3 0) P134

一次健康診断等の結果写し（労働者から提出されたもの。）
の順に束ねて提出して下さい。

(2) 費用請求書等の提出先

毎月10日までに宮城労働局労働基準部労災補償課あて提出して下さい。

【二次健康診断等費用請求書の記入要領】

項目番号	入力項目名	記入要領
1	健診給付病院等の番号	当該費用について請求を行う健診給付病院等の番号を記入します。
2	受付年月日	記入不要欄。 労働局において、受付年月日を記入します。
3	請求金額	レセプトの請求額の総計を記入します。 (請求金額の頭に「¥」を記入します。) <u>この欄の訂正はできません。</u>
4	内訳書添付枚数	請求書に添付するレセプト枚数を記入します。
5	請求年	請求月の属する年を和暦で記入します。 (請求年の頭に令和を表す「9」を記入します。)
6	請求月	添付されたレセプトのうち、最新の二次健康診断受診日の属する月を記入します。 (請求月が1桁の場合は、右詰めで記入します。)

【二次健康診断等費用請求内訳書の記入要領】

項目番号	入力項目名	記入要領
2	労働保険番号	請求労働者の所属する事業場の労働保険番号を記入します。
4	労働者のシメイ(カナ)	請求労働者の氏名をカタカナで記入します。
7	労働者の生年月日	請求労働者の生年月日を和暦で記入します。 (元号は、3大正、5昭和、7平成、9令和のコードを記入。)
9	二次健康診断受診年月日	二次健康診断受診年月日を記入します。 (令和の元号9の記入。)
10	請求額	請求金額を記入します。
11	空腹時血中脂質検査	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
12	空腹時血糖値検査	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
13	ヘモグロビンA1C	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
14	負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査)	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3

15	頸部超音波検査(頸部エコー検査)	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
16	微量アルブミン尿検査	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
17	特定保健指導	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3
18	脳又は心臓疾患の症状の有無	検査の有無を次のコードで記入します。 有.....1 無.....3

二次健康診断等費用請求書

二機様式第1号

標準字体

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書

振込種別 <input style="width: 100%;" type="text" value="38700"/>	※修正項目番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>	①健診給付病院等の番号 <input style="width: 100%;" type="text"/>	②※受付年月日 9令和 <input style="width: 100%;" type="text"/>													
③ 請 求 金 額 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">千</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">百</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">十</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">元</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">角</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">分</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">厘</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table> 金額の頭に¥マークを付けてください。		千	百	十	元	角	分	厘	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	④内訳書添付枚数 <input style="width: 100%;" type="text"/>
千	百	十	元	角	分	厘										
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>										
⑤請求年 9令和 <input style="width: 100%;" type="text"/> 年		⑥請求月 <input style="width: 100%;" type="text"/> 月分	※修正欄 <input style="width: 100%;" type="text"/>													

_____ ほか _____ 名に対する二次健康診断等費用の内訳は、別紙内訳書のとおり。
 上記の金額を請求します。
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 郵便番号 _____
 住 所 (所在地) _____
 請 求 人 の 名 称 (病院又は診療所) _____
 責任者氏名 _____
 労働局長 殿 電話番号 _____

受付印

(物品番号72615) 3.5

二次健康診断等給付請求書（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	血压	
ロ	血中脂質	
ハ	血糖値	
ニ	腹囲又はBMI（肥満度）	異常の所見があると診断した産業医等の氏名

〔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⑰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瞭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、⑰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 「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。
- 9 「産業医等」とは、労働安全衛生法第13条第1項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第1項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をいいます。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() -

6 指定を受けるための手続き

労災保険指定医療機関が、二次健診等給付医療機関の指定を希望する場合には、次の申請書等を宮城労働局長あて提出して下さい。

労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書（様式第1号）

病院（診療所）施設等概要書（様式第2号）

（裏面の所在地略図等は、記入する必要はありません。）

帳票種別 34551.労災指定病院等（変更）報告書（診機様式 20号）

（労災保険二次健診等給付費用の振込先が、労災診療費の振込先と異なる場合は、帳票種別 34552.労災指定病院等（変更）報告書（診機様式 21号）も合わせて提出してください。）

労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書（様式第1号）記載例

様式第1号

労災保険二次健診等給付医療機関指定申請書

指定番号	0	4	7	8	9	0	1
------	---	---	---	---	---	---	---

病院 (診療所)	フリガナ	イリヨウホウジンシャダン テッポウマチクリニック
	名称	医療法人社団 てっぽう町クリニック
	フリガナ	ミヤギケンセンダ イシミヤ ノテッポウマチ
	所在地	宮城県仙台市宮城野区鉄砲町 1
	フリガナ	
	開設者	
	診療科	

労災保険指定医療機関は開設者、診療科の記入は不要です。

上記の病院（診療所）を労働者災害補償保険法施行規則第11条の3第1項の規定による労災保険二次健診等給付医療機関として指定されたく、関係書類を添えて申請します。

なお、指定されたときは「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」及び「労災保険二次健診等給付担当規定」等の諸条項を遵守し労働者災害補償保険法第26条の規定による二次健康診断等給付に従事することを承諾いたします。

令和 6年 5月 20日

住所 仙台市宮城野区鉄砲町 1 番地

開設者 医療法人社団 てっぽう町クリニック

氏名 理事長

宮城 労働局長 殿

関係書類とは

- ・ 「病院（診療所）施設等概要書（様式第2号）」
- ・ 「労災保険二次健診等給付医療機関健診費用口座登録報告書（様式第3号）」

労災保険指定医療機関は、現在受けている労災保険指定医療機関の指定番号を記入して下さい。

労災保険指定医療機関は、「開設者」欄、「診療科」欄を記入する必要はありません。

病院（診療所）施設等概要書（様式第2号）記載例

病院（診療所）施設等概要書		様式第2号（表面）
指定番号	0 4 7 8 9 0 1	
名称	医療法人社団 てっぼう町クリニック	TEL 022-299-8843
所在地	宮城県仙台市宮城野区鉄砲町1番地	FAX 022-299-8837
開設責任者	役職者氏名	理事長
	住所	宮城県仙台市宮城野区鉄砲町1番地
経営主体	1 国立 2 公立 3 社会保険団体 4 公益法人 医療法人 6 事業場附属 7 その他の法人 8 個人	
患者の収容設備の具備	有 ・ 無	
従業者の状況		
二次健康診断等給付に従事する医師 1名		保健婦（士） 0名
内 産業医 1名		
検査機器の有無		
		検査機器の名称
血中脂質検査に係る検査機器	有 無	労働電子(株) RCA - HR 2 4 0 0
血糖検査に係る検査機器	有 無	労働電子(株) RCA - HR 2 4 0 0
ヘモグロビン A1c に係る検査機器	有 無	労働メディカル(株) H L C - 7 2 3 G H b V C A L 2 . 2
負荷心電図検査に係る検査機器	有 無	労働電子(株) G H 2 8 0 0
胸部超音波検査に係る検査機器	有 無	労働テクノロジー(株) H P 5 5 0 0
頸部超音波検査に係る検査機器	有 無	労働メディカル(株) S S 0 2 0 0 0
微量アルブミン尿検査に係る検査機器	有 無	労働電子(株) R C A - B M 1 2 5 0

労災指定医療機関の場合、様式第2号の裏面にある「付近地図」、「医療機関の平面図」を記入する必要はありません。

役職名も記入して下さい。

「血液検査」又は「尿検査」を検査機関に委託している場合は、「検査機器名称」欄に委託先検査機関名を記入して下さい。

負荷心電図検査に係る検査機器は、原則具備していることが条件になります。

胸部超音波検査（心エコー）又は頸部超音波検査（頸部エコー）に係る検査機器を具備していない医療機関にあっても、近所の医療機関を紹介できる体制（委託契約）が整っていれば指定を受けることができます。この場合は「検査機器の名称」欄に委託先医療機関名を記入して下さい。