特診様式第6号

労働者災害補償保険

特別加入時健康診断実施依頼書

　　　診断実施機関　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。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　労働局　　　　　　　　　　　　労働基準監督署㊞

　　　　　　　　　　　　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　二. 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 | | |  | | | |
| ⑤健康診断の実施期日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　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 | 府県 | | 所掌 | 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。

　　二．「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。