

同意書

労災二次健康診断等給付の規定に基づき、以下のことに同意します。

☑チェック	同意内容
	<ul style="list-style-type: none">●一次健康診断の結果、①～④に異常所見が認められること ①血圧検査②血中脂質検査③血糖検査④腹囲検査またはBMI（肥満度）の測定
	<ul style="list-style-type: none">●脳・心臓疾患の症状を有していないこと 一次健康診断またはその他の機会、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断された場合、二次健康診断等給付を受けることはできません。 有所見があり経過観察中の場合も、医療行為となりますので給付を受けることはできません。
	<ul style="list-style-type: none">●労災保険の特別加入者でないこと 特別加入者の健康診断の受診は自主性に任されていることから、給付の対象にはなりません。 特別加入者とは、事業主、役員、自営業者、家族従事者などの労働者以外のことをいいます。
	<ul style="list-style-type: none">●一次健康診断の受診日から3か月以内に労災二次健康診断を受診すること 天地災害や健診機関の都合などで結果が著しく遅れた場合は、3か月を過ぎての請求も認められます。
	<ul style="list-style-type: none">●労災二次健康診断の給付を受けることのできる回数は年度内に1回のみ 同年度内に2回以上の健康診断等を受診し、いずれの場合も労災二次健康診断等給付の要件を満たしていた場合でも、労災二次健康診断は他医療機関も含め年度内に1回しか受けることはできません。

※ 規定に反した場合、給付額相当（約3万円）をご請求となります。

氏名 (署名 又は記名押印)			
生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
住所			
電話番号			