

標準字体

特定化学物質健康診断結果報告書

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

帳票種別	80305	労働保険番号	① 都道府県   所管   管轄   基幹番号   枝番号   被一括事業場番号															
対象年	② 元号 年 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑			健診年月日			③ 元号 年 月 日 7:平成 9:令和 数字 ↑ 1~9年は右 ↑ 1~9月は右 ↑ 1~9日は右 ↑			第二次健康診断				年 月 日				
	( 月 ~ 月分 ) ( 報告 回目 )																	
事業の種類				事業場の名称														
事業場の所在地	郵便番号( )						電話( )											
健康診断実施機関の名称及び所在地				在籍労働者数										人				
項目	特定化学物質業務の種類	特定化学物質業務コード ④ □ □ □ 具体的業務内容 ( )			特定化学物質業務コード ⑤ □ □ □ 具体的業務内容 ( )			特定化学物質業務コード ⑥ □ □ □ 具体的業務内容 ( )										
	従事労働者数	⑦ □ □ □ □ 人			⑧ □ □ □ □ 人			⑨ □ □ □ □ 人										
受診労働者数	⑩ □ □ □ □ 人			⑪ □ □ □ □ 人			⑫ □ □ □ □ 人											
上記のうち第二次健康診断を要するとされた者の数	人			人			人											
第二次健康診断受診者数	人			人			人											
上記のうち有所見者数	⑬ □ □ □ □ 人			⑭ □ □ □ □ 人			⑮ □ □ □ □ 人											
疾病にかかっていると診断された者の数	⑯ □ □ □ □ 人			⑰ □ □ □ □ 人			⑱ □ □ □ □ 人											

折り曲げる場合は、の所を谷に折り曲げること

職員記入欄

⑲ ページ □

⑳ 登記・修正等  
空白 3  
9 9

登記 修正 取消

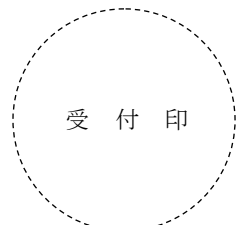
㉑ 補助キー □ 1~9

産業医

氏名

所属機関の名称及び所在地

事業者職氏名



年 月 日

労働基準監督署長殿