三ツ星ベルト株式会社
人事総務本部人事部

健康診断受診のお願い

健康診断の受診について、下記の通りご案内いたします。
ご対応の程よろしくお願いいたします。

1) 健康診断の目的

労働安全衛生規則第 43 条の定めに従い、内定者の皆様には健康診断を受診いただいております。ご提出いただいた情報は「三ツ星ベルトプライバシーポリシー(https://www.mitsuboshi.com/privacy)」に基づき、適正に取り扱います。

2) 資料について

① 健康診断受診のお願い(本文書)
② 健康診断項目　…　健康診断で確認いただく項目をまとめた書類です。
③ 健康診断個人票(雇入時)　…　医療機関に結果を記入いただく用紙です。
④ 健康診断請求書　…　健康診断の費用をお支払いするために必要な用紙です。

3) ご提出の流れ

(1) 資料②③④を印刷して下さい。
(2) 各自で医療機関を予約して下さい。＊医療機関に指定はありません。
(3) ②③を持参のうえ、医療機関にて健康診断を受けて下さい。
医療機関にて、③に必要事項を記入してもらって下さい。
健康診断の費用は立て替えていただき、領収書を入手して下さい。＊領収書の宛名はご本人名
(4) ④に必要事項を記入のうえ、③④と領収書を郵送にて提出して下さい。
③は必ず原本を送ってください。コピーの提出は不可です。

4) 書類の提出先・お問い合わせ先

・提出先およびお問い合わせ先
三ツ星ベルト株式会社人事総務本部人事部　夏目
〒653-0024　兵庫県神戸市長田区浜添通 4-1-21
Tel：078-685-5710　Mail：natsume@mitsuboshi.com

・提出期日
就職承諾書の提出後はできるだけ早めに受診をお願いします。
就職承諾書提出後 2 か月以内を目途として下さい。
期限内の提出が難しい場合はご相談下さい。

以上

健康診断項目

雇入時の健康診断（労働安全衛生規則第４３条）

1. 既往歴及び業務歴の調査
2. 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3. 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
4. 胸部エックス線検査
5. 血圧の測定
6. 貧血検査（血色素量、赤血球数）
7. 肝機能検査（ＧＯＴ、ＧＰＴ、ｒ－ＧＴＰ）
8. 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）
9. HbA1c 検査
10. 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無）
11. 心電図検査

●聴力検査
1,000ヘルツ及び4,000ヘルツの純音を用いるオージメーターによる検査

●心電図検査
安静時標準12誘導心電図を記録します。

以上

様式第5号(第51条関係)

健 康 診 断 個 人 票 (雇 入 時)

氏名		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
		性別	男 ・ 女	年齢	歳

業務歴		血圧 (mmHg)			
既往症		貧血検査	血色素量 (g/dℓ)		
			赤血球数 (万/mm³)		
自覚症状		肝機能検査	GOT (IU/ℓ)		
			GPT (IU/ℓ)		
他覚症状			γ-GTP (IU/ℓ)		
		血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dℓ)		
			HDLコレステロール (mg/dℓ)		
			トリグリセライド (mg/dℓ)		
		HbAlc			
		尿検査	糖	− ＋ ++ +++	
			蛋白	− ＋ ++ +++	

身長 (cm)		心電図検査	正常範囲内 所見( )
体重 (kg)			
BMI		その他の法定検査	
腹囲 (cm)			
視力 右	( )	その他の検査	
視力 左	( )		
聴力 右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の診断	
聴力 右 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		
聴力 左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり		
聴力 左 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		
胸部エックス線検査	直接 間接 撮影 年 月 日	健康診断を実施した医師の氏名 印	
フィルム番号	No.	医師の意見	
		意見を述べた医師の氏名 印	
備考		医療機関名称 所在地 電話番号	

備 考

1 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。

2 BMIは、次の算式により算出すること。

$$BMI = \frac{体重(kg)}{身長(m)^2}$$

3「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入すること。

4「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条第4項の健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入すること。

5「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

6「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。

④健康診断請求書

三ツ星ベルト株式会社

●健康診断費用をお支払い致しますので、銀行口座情報及び下記請求書をご記入下さい。

銀行口座情報							
銀行名							
支店名							
種別	普通預金					1	
口座番号							
口座名義（ｶﾀｶﾅ）							

上記の内容は健康診断費用支払い以外のいかなる目的にも使用いたしません。

※銀行口座をお持ちでない方は現金書留でお送り致しますので、
銀行口座情報は未記入でご返送下さい。

以上

請求書

三ツ星ベルト株式会社　御中

年　月　日

健康診断を受診しましたので、下記金額を三ツ星ベルト株式会社へ請求いたします。
領収書も添付いたします。

¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　月　日（受診日をご記入下さい）

住所：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

領収書添付

（領収書の宛名はご本人のお名前で発行していただいて下さい。）
※サイズが大きい場合は貼り付けずに同封下さい。