

人事部長殿

健康診査・保健指導申請書

平成 年 月 日

部 長	副部長	調査・課長	保健師	担 当
所 属 長	次 長	代理・調査役	係	

所 属	氏 名	職員コード() 印	出産予定日	年 月 日

※初回申請時記入して下さい。

①産休（産前・産後）取得の希望	②育児休業制度活用希望
あ り な し 未 定	あ り な し 未 定

	医 療 機 関 等 名	所 在 地 (電話番号)	初 診 日
1			年 月 日
2			年 月 日

医療機関番号	申請日	通院する日 ・ 時間	妊娠週数	所属長承認印
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	
	月 日	月 日 時 分～ 時 分	週	

* 請求できる期間及び回数

- (1) 妊娠23週まで……………4週間に1回
- (2) 妊娠24週から35週…………2週間に1回
- (3) 妊娠36週以降……………1週間に1回
- (4) ただし、医師等の指示がある場合は、その指示による回数を認める。

* 初回申請時は医療機関の妊娠証明書（又は、それに代わるもの）を添付し、人事部保健師宛提出してください。
2回目以降は所属長へ提出、承認を受けてください。（終了後は人事部へ返却）

* 全日公休申請のあった月は、「出勤状況及び時間外勤務集計表」にこの用紙のコピーを添付してください。

* 医療機関等を変更した場合は、2の欄へ記入してください。