

事業場の事業主の方へ

令和3年度版 「ストレスチェック」実施促進のための 助成金の手引

事業場が、医師・保健師などによるストレスチェックを実施し、また、ストレスチェック後の医師による面接指導などを実施した場合に、事業主が費用の助成を受けることができる制度です。

従業員のメンタルヘルス不調の未然防止のために、ぜひご活用ください。

この助成金は、厚生労働省の産業保健活動総合支援事業の一環として行われています。



独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

<https://www.johas.go.jp/>

◆申請にあたっての留意事項◆

- 申請書類への記入の際には「助成金の手引」を熟読いただき、「記載漏れ」や「記載誤り」が無いようお願いいたします。送付前には、必ず「助成金支給申請チェックリスト兼同意書」で自己点検いただきますようお願いいたします。
- 申請書類の内容に関する問い合わせが必要な場合には様式第1号に記載いただいた事業場のご担当者様宛に連絡いたします。ご担当者様は助成金の仕組み等を十分ご理解の上申請し、問い合わせの際はご対応くださいますようお願いいたします。
- 申請書、契約書等のご提出いただく書類について、正式に申請いただく前に内容を事前審査することはいたしかねます。
- ご提出いただいた申請書類の内容についてお問い合わせさせていただく場合がございますので、ご提出の際は控え用にコピーをお取りいただき、大切に保管してください。
- 申請書類はすべてA4サイズにそろえ、ホチキス止めはしないでください。
- 申請書類をご記入いただく際はボールペン（筆記した文字等を容易に消すことができないもの）でご記入ください。
- 助成金を申請いただいてから、審査の後、支給決定及び振込みまで、短い場合2~3か月、長い場合6か月程度の期間を要しますので予めご了承下さい。（1月から3月までの間は申請が集中します。）
また、申請書類の記載漏れ、記載誤り、提出書類の不足等があった場合は、受付・審査にさらにお時間がかかります。
- 審査の進捗状況や振込みの時期についてのお問い合わせにはお答えいたしかねます。

用語の説明

■ 事業場

昭和 47 年 9 月 18 日付け発基第 91 号通達「労働安全衛生法の施行について」の第 2 の 3 事業場の範囲で規定する事業場の適用範囲をいう。(当機構では厚生労働省ホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」にて該当した事業場を適用事業場とみなしています。検索結果に申請事業場が反映されない場合は、最寄りの労働基準監督署にお問合わせください。)

■ ストレスチェック

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条の 10 第 1 項に規定されている「心理的な負担の程度を把握するための検査」のことをいう。

■ ストレスチェックの実施者

ストレスチェックの実施主体となれる者として労働安全衛生法第 66 条の 10 第 1 項に規定されている「医師、保健師その他の厚生労働省令で定める者」であって、実際にストレスチェックを実施する者のことをいう。

■ 面接指導

労働安全衛生法第 66 条の 10 第 3 項に規定されている「ストレスチェックの結果、心理的な負担の程度が高い者であって、ストレスチェックを行った実施者が面接指導を受ける必要があると認められた者に対する面接指導」のことをいう。

■ ストレスチェックに係る医師による活動

労働安全衛生規則第 14 条第 1 項第 3 号に規定されている「ストレスチェックの実施、ストレスチェックの結果に基づく面接指導の実施及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置」のことをいう。

目次

I	制度の概要	- 1 -
1	助成金の概要	- 1 -
2	助成金を受けるための事業場の要件	- 1 -
3	助成を受けるための取組の要件	- 2 -
4	助成対象	- 2 -
5	助成金額	- 3 -
6	取組の実施時期	- 3 -
7	申請期間	- 3 -
8	提出先	- 4 -
II	支給申請手続き等について	- 5 -
1	手続きの流れ	- 5 -
2	ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）	- 7 -
3	ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約による申請）	- 9 -
4	審査結果の通知と助成金支給方法	- 11 -
5	助成金に係る証拠書類等の保管	- 11 -
6	不正受給	- 11 -
III	様式一覧	- 12 -
1	ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号）	- 13 -
2	ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1-2号）	- 15 -
3	ストレスチェック実施報告書（様式第2号）	- 17 -
4	ストレスチェック実施報告書（様式第2-2号）	- 19 -
5	ストレスチェックに係る医師による活動報告書（様式第3号）	- 21 -

6	支給要件確認申立書（様式第4号）	- 23 -
7	ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5号）	- 25 -
8	ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5-2号）	- 27 -
9	ストレスチェックに係る医師との契約書（例1）	- 29 -
10	ストレスチェックに係る医師との契約書（例2）	- 30 -
11	ストレスチェックに係る医師との契約書（例3）	- 31 -
12	ストレスチェックに係る医師との契約書（例4）	- 32 -
13	労働保険料一括納付に係る証明書	- 33 -
IV	ストレスチェック制度の導入サポート	- 35 -
1	ストレスチェック制度サポートダイヤル	- 35 -
2	ストレスチェック制度実施のための研修	- 36 -
3	個別訪問による支援	- 36 -
V	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 37 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

派遣労働者を含めて従業員数 50 人未満の事業場が、ストレスチェックを実施し、また、医師からストレスチェック後の面接指導等の活動の提供を受けた場合に、費用の助成を受けられます。



豆知識 本社等一括契約による申請について

ストレスチェック助成金は、以下の条件を満たしている場合に、本社等が管轄事業場の申請をまとめて行うこと（本社等一括契約による申請）が可能です。

※ 本社等一括契約による申請ができる事業場は同一企業に限ります。

親会社等の関係会社が一括契約をしている場合は対象外です。

- 本社等が、管轄する事業場の「ストレスチェックに係る医師による活動」の契約をまとめて締結していること。
- 管轄事業場の助成金の振込口座が、申請する本社等の口座であること。

2 助成金を受けるための事業場の要件

申請前に、次の3つの要件を全て満たしていることを必ず確認してください。

◆事業場の要件◆

- ① 労働者を雇用している法人・個人事業主であること。
- ② 労働保険の適用事業場であること。（当機構では厚生労働省ホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」において該当した事業場を適用事業場とみなしています。）
- ③ 常時使用する従業員が派遣労働者を含めて50人未満であること。

3 助成を受けるための取組の要件

助成の対象となる取組は次のとおりです。助成を受けるためには、取組実績の有無に関わらず①～③の要件を全て満たしている必要があります。

対象となる取組	◆取組の要件◆
(1) ストレスチェックの実施	<input type="checkbox"/> ① ストレスチェックの実施者が決まっていること。
(2) ストレスチェックに係る医師による活動（※1）	<input type="checkbox"/> ② 事業者が医師と契約を締結し、「ストレスチェックに係る医師による活動」の全部又は一部を行わせる体制が整備されていること。（※2） <input type="checkbox"/> ③ ストレスチェックの実施及び面接指導等を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。

(※1) 「ストレスチェックに係る医師による活動」とは、医師が行う次の活動を指します。

- ストレスチェック実施後に面接指導を実施すること。
- 面接指導の結果について、事業主に意見陳述をすること。

(※2) 「ストレスチェックに係る医師による活動」の契約には、次の事項が記載されている必要があります。

- ストレスチェック後の面接指導等を実施することが含まれていること。
- ストレスチェックに係る医師による活動 1 回あたりの金額が明記されていること。
- 実施医師の氏名が明記されていること。
- 申請事業場が契約を締結していること。又は、本社等が管轄事業場の契約をまとめて締結している場合は、申請事業場が契約対象事業場として明記されていること。

4 助成対象

- (1) ストレスチェックの実施費用
- (2) ストレスチェックに係る医師による活動費用

5 助成金額

次の費用が助成されます。

助成対象	助成額（上限額）
(1) ストレスチェックの実施費用 年1回のストレスチェックを実施した場合に、 実施人数分の費用が助成されます。	1 従業員につき 500 円 (税込)
(2) ストレスチェックに係る医師による活動費用 ストレスチェックに係る医師による活動について、 実施回数分（上限3回）の費用が助成されます。	1 事業場あたり 1 回の活動 につき 21,500 円（税込） 【上限3回】

※ 500 円及び 21,500 円はそれぞれの上限額のため、実費額が上限額を下回る場合は実費額（税込）を支給します。

6 取組の実施時期

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

※ 以下の日付が上記期間中である必要があります。

- ・様式第2号又は様式第2-2号の「ストレスチェック実施日」
- ・様式第3号又は様式第3-2号「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」の実施日

7 申請期間

令和3年5月18日から令和4年6月30日まで（消印有効）

8 提出先

独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課 宛て

〒211-0021

神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

Ⅱ 支給申請手続き等について

1 手続きの流れ

助成金を受け取るまでの手続きは次のとおりです。

① ストレスチェックの実施について審議

ストレスチェックの実施について、医師からの助言、労使での審議、従業員への説明・情報提供などを行う。

② 「ストレスチェックに係る医師による活動」の契約締結

医師と「ストレスチェックに係る医師による活動」（ストレスチェック実施後の面接指導、面接指導の結果に係る意見陳述）の全部又は一部を行わせる契約を締結する。

③ ストレスチェックの実施

医師又は保健師等によるストレスチェックを実施し、従業員へ結果を通知する。

④ ストレスチェックに係る面接指導などの実施

ストレスチェック実施後、従業員からの申出に対して面接指導などを行う。

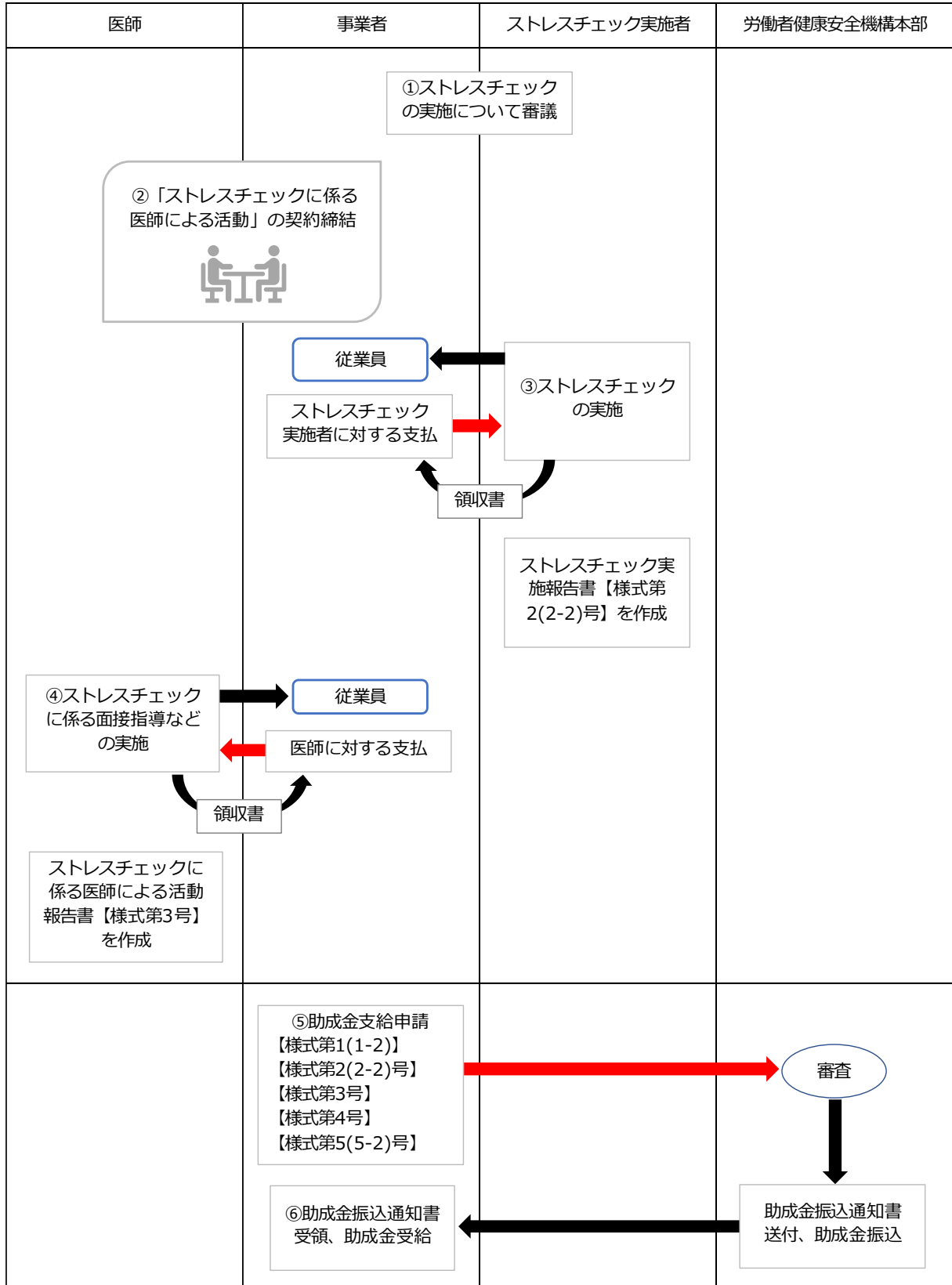
⑤ ストレスチェック助成金支給申請

必要な書類を揃えて、ストレスチェック実施とストレスチェックに係る医師による活動の費用について、助成金の支給申請を行う。（7～10 頁参照）

⑥ 助成金支給決定通知の受取、助成金受領

労働者健康安全機構から支給決定通知書が届き、助成金が支払われる。（11 頁参照）

フローチャート



2 ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）

（1）提出書類及び添付書類

■提出書類

- ① 「ストレスチェック助成金支給申請書」（様式第1号）

■添付書類

- ① 医師との契約書（写）
- ② 医師であることを証明する書類（医師免許証等）（写）
- ③ ストレスチェック実施者の要件を備えていることを証明する書類（写）【該当者のみ】
※ ②と異なる証明書が必要な場合に提出してください。
- ④ 「ストレスチェック実施報告書」（様式第2号）
- ⑤ 「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」（様式第3号）【該当事業場のみ】
※ 「ストレスチェックに係る医師による活動」を行った場合のみご提出ください。
- ⑥ ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
※ 銀行振込の「振込明細書」を以って領収書の代わりとすることはできないためご注意ください。
- ⑦ 医師へ支払った費用の領収書（写）【該当事業場のみ】
※ 銀行振込の「振込明細書」を以って領収書の代わりとすることはできないためご注意ください。
- ⑧ 労働保険概算・確定保険料申告書等（写）
※ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書の写しに常時雇用労働者数が記載されていない場合、雇用保険被保険者証の提出等を求める場合があります。
※ 労働保険の申告・納付を労働保険事務組合に委託している場合は、「算定基礎賃金等の報告の写し」及び「事務組合の印が押印された納入通知書の写し」の2点を提出してください。
※ 都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも併せて提出してください。

⑨ **労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】**

※ 本社等が労働保険料を一括納付している場合のみ提出してください。

⑩ **振込先の通帳（写）等**

（振込先の名義（フリガナが記載されたもの）、支店名、口座番号が確認できるもの）

※ 口座名義が様式第 1 号の請求者と別会社の場合は受付できません。

⑪ **「支給要件確認申立書」（様式第 4 号）**

⑫ **「ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書」（様式第 5 号）**

⑬ **事業場宛ての返信用封筒（長形 3 号封筒に 84 円切手貼付）**

(2) 取組の実施時期

令和 3 年 4 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日まで

※ 様式第 2 号の「ストレスチェック実施日」及び様式第 3 号の「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」の実施日が上記期間中である必要があります。

(3) 申請期間

令和 3 年 5 月 18 日から令和 4 年 6 月 30 日まで（消印有効）

※ 申請期間中でも助成金支給申請の受付を終了することがありますのでご了承ください。

(4) 申請者

事業場の代表者が提出してください。

(5) 申請先

独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課 宛て

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町 1 番 1 号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

3 ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約による申請）

（1）提出書類及び添付書類

■提出書類

- ① 「ストレスチェック助成金支給申請書」（本社等一括契約）（様式第 1-2 号）

■添付書類

- ① 医師との契約書（写）
- ② 医師であることを証明する書類（医師免許証等）（写）
- ③ ストレスチェック実施者の要件を備えていることを証明する書類（写）【該当者のみ】
※ ②と異なる証明書が必要な場合に提出してください。
- ④ 「ストレスチェック実施報告書」（本社等一括契約）（様式 2-2 号）
- ⑤ 「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」（様式第 3 号）【該当事業場のみ】
※ 「ストレスチェックに係る医師による活動」を行った場合のみご提出ください。
- ⑥ ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
※ ⑥及び⑦については、銀行振込の「振込明細書」を以って領収書の代わりとすることはできないためご注意ください。
※ ⑥及び⑦については、他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払ったことがわかる内訳（請求書の写し等）を添付してください。
- ⑦ 医師へ支払った費用の領収書（写）【該当事業場のみ】
- ⑧ 労働保険概算・確定保険料申告書等（写）
※ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書の写しに常時雇用労働者数が記載されていない場合、雇用保険被保険者証の提出等を求める場合があります。
※ 労働保険の申告・納付を労働保険事務組合に委託している場合は、「算定基礎賃金等の報告の写し」及び「事務組合の印が押印された納入通知書の写し」の 2 点を提出してください。
※ 都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも併せて提出してください。

⑨ 「労働保険料一括納付に係る証明書」【該当事業場のみ】

※ 本社等が労働保険料を一括納付している場合のみ提出してください。

⑩ 振込先の通帳（写）等

（振込先の名義（フリガナが記載されたもの）、支店名、口座番号が確認できるもの）

※ 事業場ごとに助成金振込口座が異なる場合は一括申請できません。

※ 口座名義が様式第 1 号の請求者と別会社の場合は受付できません。

⑪ 「支給要件確認申立書」（様式第 4 号）

※ 一括申請する事業場が代表で記載して 1 枚提出してください。

⑫ 「ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書」（様式第 5-2 号）

⑬ 事業場宛ての返信用封筒（長形 3 号封筒に 84 円切手貼付）

(2) 取組の実施時期

令和 3 年 4 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日まで

※ 様式第 2-2 号の「ストレスチェック実施日」及び様式第 3-2 号の「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」の実施日が上記期間中である必要があります。

(3) 申請期間

令和 3 年 5 月 18 日から令和 4 年 6 月 30 日まで（消印有効）

※ 申請期間中でも助成金支給申請の受付を終了することがありますのでご了承ください。

(4) 申請者

事業場の代表者が提出してください。

(5) 申請先

独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課 宛て

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町 1 番 1 号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

4 審査結果の通知と助成金支給方法

(1) 審査結果の通知

7頁の「2 ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）」又は9頁の「3 ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約による申請）」に記載の書類を提出後、内容が適切である場合は、「助成金支給決定通知書（様式第6号）」が送付されます。また、内容が適切でない場合は、「助成金不支給決定通知書（様式第7号）」が送付されます。

(2) 助成金支給方法

助成金の支給が決定された場合は、申請時の添付書類「振込先の通帳（写）等」に記載された金融機関口座へ振込により支払われます。

5 助成金に係る証拠書類等の保管

助成金の支給を受けた事業者は、ストレスチェックの実施者及び医師への支払について記録し、領収書その他支出の事実を明らかにする証拠書類を整備しておく必要があります。また、それらの書類は、助成金を受給した翌年から起算して、5年間保存してください。

6 不正受給

偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返還していただきます。

Ⅲ 様式一覧

各様式とチェックリストは、独立行政法人労働者健康安全機構のホームページからダウンロードしてご利用ください。

<https://www.johas.go.jp/tabid/1953/Default.aspx>

支給申請関係	
様式番号	様式名称
第1号	ストレスチェック助成金支給申請書
第1-2号	ストレスチェック助成金支給申請書（本社等一括契約）
-	ストレスチェックに係る医師との契約書
-	労働保険料一括納付に係る証明書
第2号	ストレスチェック実施報告書
第2-2号	ストレスチェック実施報告書（本社等一括契約）
第3号	ストレスチェックに係る医師による活動報告書
第4号	支給要件確認申立書
第5号	ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書
第5-2号	ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書 （本社等一括契約）

- ・労働保険料一括納付に係る証明書は、労働保険料を本社等が一括納付している場合のみ提出してください。
- ・様式第3号は、ストレスチェックに係る医師による活動を実施した場合は、提出してください。

1 ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号）

(様式第1号)

受付No.
(記入不要)

令和 年度ストレスチェック助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

【請求者】

所在地	〒		
フリガナ 名称		労働者数	名 (内派遣労働者数 名)
代表者	役職	フリガナ 氏名	
担当者	所属	フリガナ 氏名	
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号	

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおり実施しましたので、助成金の支給を申請します。

記

1 ストレスチェック実施状況

実施人数	人	1人あたり	円	計	円
------	---	-------	---	---	---

詳細は、別添様式第2号「ストレスチェック実施報告書」のとおり。

※ ただし1人あたりの単価が500円以上の場合、500円と記載する。

2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況

活動回数	回	1回につき	円	計	円
------	---	-------	---	---	---

詳細は、別添様式第3号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」のとおり。

※ ただし1回あたりの単価が21,500円以上の場合、21,500円と記載する。

3 助成金申請額

円 (上記1の計 + 2の計)

(R3.4)

記 載 例

(様式第 1 号)

受付No.

(記入不要)

令和 3 年度ストレスチェック助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 3 年 10 月 1 日

【請求者】

所在地	〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町 1 番 1 号		
フリガナ 名称	カブシキガイシャ ロウアン (株)ろうあん	株式会社 ろうあん	労働者数 35 名 (内派遣労働者数 5 名)
代表者	役職 代表取締役	フリガナ ロウアン イチロウ 氏名 労安 一郎	
担当者	所属 総務課	フリガナ カワサキ ハナコ 氏名 川崎 花子	
問い合わせ先	電話番号 044-431-8661	ファックス番号 044-411-5531	

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第 5 条に基づき、下記のとおり実施しましたので、助成金の支給を申請します。

1 ストレスチェック実施状況

実施人数	35 人	1 人あたり	500 円	計	17,500 円
------	------	--------	-------	---	----------

詳細は、別添様式第 2 号「ストレスチェック実施報告書」のとおり。

※ ただし 1 人あたりの単価が 500 円以上の場合、500 円と記載する。

助成上限は 1 人あたり 500 円

2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況

活動回数	3 回	1 回につき	19,800 円	計	59,400 円
------	-----	--------	----------	---	----------

詳細は、別添様式第 3 号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」のとおり。

※ ただし 1 回あたりの単価が 21,500 円以上の場合、21,500 円と記載する。

助成上限は 1 回あたり 21,500 円

3 助成金申請額

76,900 円 (上記 1 の計 + 2 の計)

① 35 人 × 500 円 = 17,500 円

② 3 回 × 19,800 円 = 59,400 円

(R3.4)

2 ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1-2号）

（様式第1-2号）

受付No.
(記入不要)

令和 年度ストレスチェック助成金支給申請書（本社等一括契約）

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

【請求者】

所在地	〒	
フリガナ 名称	Ⓜ	
代表者	役職	フリガナ 氏名
担当者	所属	フリガナ 氏名
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおり実施しましたので、助成金の支給を申請します。

記

1 ストレスチェック実施状況

実施人数	人	1人当たり	円	合計金額	円	事業場分
------	---	-------	---	------	---	------

詳細は、別添様式第2-2号「ストレスチェック実施報告書（本社等一括契約）」のとおり。

※ ただし、1人当たりの単価が500円以上の場合、500円と記載すること。

2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況

活動回数	回	1回につき	円	合計金額	円	事業場分
------	---	-------	---	------	---	------

詳細は、別添様式第3号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」のとおり。

※ 1 ただし、1回当たりの単価が21,500円以上の場合、21,500円と記載すること。

※ 2 別添様式第3号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」は事業場ごとに作成すること。

3 助成金申請額

円（上記1の計+2の計）

(R3.4)

記 載 例

(様式第 1 - 2号)


令和 3 年度ストレスチェック助成金支給申請書 (本社等一括契約)

受付No.
(記入不要)

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 3 年 10 月 21 日

【請求者】

所在地	〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町 1 番 1 号		
フリガナ 名称	カブシキガイシャ ローアン (株)ろうあん		
代表者	役職	フリガナ	ローアン イチロウ
	代表取締役	氏名	労安 一郎
担当者	所属	フリガナ	カワサキ ハナコ
	総務課	氏名	川崎 花子
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号	
	044-431-8661	044-411-5531	

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第 5 条に基づき、下記のとおり実施しましたので、助成金の支給を申請します。

1 ストレスチェック実施状況

実施人数	105 人	1人あたり	500 円	合計金額	52,500 円	5 事業場分
------	-------	-------	-------	------	----------	--------

詳細は、別添様式第 2 - 2号「ストレスチェック実施報告書 (本社等一括契約)」のとおり。

※ ただし、1人当たりの単価が 500 円以上の場合、500 円と記載すること。

助成上限は 1 人あたり 500 円

2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況

活動回数	5 回	1回につき	21,500 円	合計金額	107,500 円	2 事業場分
------	-----	-------	----------	------	-----------	--------

詳細は、別添様式第 3号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」のとおり。

※ 1 ただし、1回当たりの単価が 21,500 円以上の場合、21,500 円と記載すること。

※ 2 別添様式第 3号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」は事業場ごとに作成すること。

助成上限は 1 回あたり 21,500 円

3 助成金申請額

160,000 円 (上記 1 の計 + 2 の計)

① 105 人 × 500 円 = 52,500 円

② 5 回 × 21,500 円 = 107,500 円

(R3.4)

3 ストレスチェック実施報告書（様式第2号）

（様式第2号）

ストレスチェック実施報告書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおりストレスチェックを実施しましたので報告します。

記

1 ストレスチェックを実施した事業場名

事業場名	
------	--

2 ストレスチェック実施日

実施日	令和 年 月 日	実施人数	人
-----	----------	------	---

3 ストレスチェック費用

合計額	円（税込）	1人あたり	円（税込）
-----	-------	-------	-------

令和 年 月 日

実施機関 _____ 印

所在地 _____

代表者氏名（役職・氏名） _____

実施者 医師・保健師・その他（ _____ ）氏名 _____

(R3.4)

記 載 例

(様式第2号)

ストレスチェック実施報告書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおりストレスチェックを実施しましたので報告します。

記

1 ストレスチェックを実施した事業場名

事業場名	(株)ろうあん
------	---------

2 ストレスチェック実施日

実施日	令和 3年 9月 1日	実施人数	35 人
-----	-------------	------	------

3 ストレスチェック費用

合計額	26,950 円 (税込)	1人あたり	770 円 (税込)
-----	---------------	-------	------------

令和 3年 9月 17日

実施機関 医療法人産保健会

医療法人
産保健会
印

所在地 神奈川県横浜市鶴屋町 3-29-1

代表者氏名 (役職・氏名) 理事長 横浜 太郎

実施者 (医師・保健師・その他 () 氏名 中原 二郎

(R3.4)

5 ストレスチェックに係る医師による活動報告書（様式第3号）

（様式第3号）

ストレスチェックに係る医師による活動報告書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおりストレスチェックに係る医師による活動を実施しましたので報告します。

記

1 ストレスチェックに係る医師による活動を実施した事業場名

事業場名	
------	--

2 ストレスチェック実施に係る医師による活動実施状況

1回目 実施日	令和 年 月 日
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施 (人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述 (人)
2回目 実施日	令和 年 月 日
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施 (人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述 (人)
3回目 実施日	令和 年 月 日
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施 (人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述 (人)

※該当する項目に○印をつけてください。

3 ストレスチェックに係る医師による活動費用

合計額	円（税込）
-----	-------

令和 年 月 日

医師氏名 _____ ㊞

(R3.4)

記 載 例

(様式第3号)

ストレスチェックに係る医師による活動報告書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第5条に基づき、下記のとおりストレスチェックに係る医師による活動を実施しましたので報告します。

記

1 ストレスチェックに係る医師による活動を実施した事業場名

事業場名	(株)ろうあん
------	---------

2 ストレスチェック実施に係る医師による活動実施状況

1回目 実施日	令和 3年 9月 11日	
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施	(3 人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述	(人)
2回目 実施日	令和 3年 9月 13日	
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施	(人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述	(2 人)
3回目 実施日	令和 3年 9月 20日	
活動内容	1. ストレスチェック実施後の面接指導の実施	(人)
	2. 面接指導の結果について、事業者への意見陳述	(1 人)

※該当する項目に○印をつけてください。

3 ストレスチェックに係る医師による活動費用

合計額	59,400 円 (税込)
-----	---------------

令和 3年 10月 1日

医師氏名 中原 二郎

中

(R3.4)

6 支給要件確認申立書（様式第4号）

様式第4号

支給要件確認申立書

◆ 事業活動等に係る状況

（事業場が複数ある場合、すべての事業場の状況を踏まえ、はい・いいえのいずれかを○で囲んでください。）

- 1 支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の滞納が継続している。 (はい・いいえ)
（※都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しを提出すること。）
- 2 産業保健関係助成金（「ストレスチェックの実施促進のための助成金」等）の不正受給により不支給措置がとられている。 (はい・いいえ)
- 3 暴力団関係事業場（事業者又は事業者が法人である場合にあっては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者のうちに暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）に該当する者のある事業場、暴力団員が経営に実質的に関与している事業場及びこれらの事業場であると知りながら、これを不当に利用するなどしている事業場等）である。 (はい・いいえ)
- 4 事業者等又は当該事業者が法人である場合にあっては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者のうちに、破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行うおそれがある団体等に属している者がいる。 (はい・いいえ)
- 5 倒産している。 (はい・いいえ)
- 6 過去1年間に、労働関係法令（労働基準関係法令等）違反をしている。 (はい・いいえ)

【はいの場合、その内容： _____】

- 7 産業保健関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」という。）が事業者名等を公表することに同意する。 (はい・いいえ)

1から7までの記載事項については、いずれも相違ありません。また、1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

年 月 日 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長 殿

申請事業者 所在地 _____

事業者名 _____ 印

代表者の役職及び氏名 _____

(R3.4)

7 ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5号）

（様式第5号）

ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号）
	<input type="checkbox"/> 次の全ての要件を満たしていることを確認してください。 a 労働者を雇用している法人・個人事業主であること。 b 労働保険の適用事業場であること。 c 派遣労働者を含めて常時50人未満の事業場であること。 d ストレスチェックの実施者が決まっていること。 e 事業者が医師と契約を締結し、「ストレスチェックに係る医師による活動」の全部又は一部を行わせる体制が整備されていること。 f ストレスチェックの実施及び面接指導等を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。
	<input type="checkbox"/> 「ストレスチェックの実施」と「ストレスチェックに係る医師による活動」の助成金申請は、1事業場につき、合わせて1回の申請となります。
	<input type="checkbox"/> 「1 ストレスチェック実施状況」「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」「3 助成金申請額」は、次の金額を記入してください。 <u>I 「1 ストレスチェック実施状況」</u> (ストレスチェック実施人数×500円又は実費) <u>II 「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」</u> (医師による活動回数×21,500円又は実費) <u>III 「3 助成金申請額」</u> (上記 I + II) ※ 500円、21,500円はそれぞれの上限額ですので、実費が上限額を下回る場合は実費で計算してください。また、ストレスチェックに係る医師による活動は1事業場につき、年度中3回が限度となります。
添付書類等	
2	<input type="checkbox"/> 医師との契約書（写） 医師との契約において、ストレスチェック後の面接指導を実施することが含まれている必要があります。契約書に面接指導の実施に関する記述がある場合は、当該契約書の写しを提出してください。記述がない場合又は契約を締結していない場合は、様式例「ストレスチェックに係る医師契約書」を参考に、契約を締結してその写しを提出してください。 ※1 <u>ストレスチェックに係る医師による活動1回あたりの金額が明記されていることが必要です。</u> ※2 <u>実施医師の氏名が明記されていることが必要です。</u> ※3 <u>申請事業場が契約事業場となっている、若しくは本社等一括契約となっても申請事業場が契約対象事業場として明記されていることが必要です。</u>
	<input type="checkbox"/> 医師であることを証明する書類（写） 医師の資格証明（医師免許証等）（写）を添付してください。
4	<input type="checkbox"/> ストレスチェック実施者の要件を備えていることを証明する書類（写） 医師、保健師、その他の厚生労働省で定める者（一定の研修を受講した看護師など）を証明する書類の写しを提出してください。厚生労働大臣が定める研修を受けなくても実施者となれる、平成27年11月30日において3年以上労働者の健康管理等の業務に従事した経験を有する看護師又は精神保健福祉士の方の場合は、それを証明する事業者からの証明書を提出してください。 ※なお、医師が実施も行う場合で契約書にその記載がある場合には、この様式は不要になります。
5	<input type="checkbox"/> ストレスチェック実施報告書（様式第2号）
	<input type="checkbox"/> 「3 ストレスチェック費用」にはストレスチェック実施費用のみ記載してください。

6	<input type="checkbox"/>	ストレスチェックに係る医師による活動報告書（様式第3号） ストレスチェックに係る医師による活動を実施した場合は、活動内容等を医師に確認の上、実施年月日を記入して提出してください。なお、医師の署名が直筆の場合には、押印は省略しても構いません。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。
7	<input type="checkbox"/>	ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写） ストレスチェックを実施したことがわかる内容の領収書の写しを添付してください。 ※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。
8	<input type="checkbox"/>	契約医師へ支払った費用の領収書（写） 医師へ費用を支払ったことがわかる書類（領収書）の写しを添付してください。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。 ※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。
9	<input type="checkbox"/>	振込先の通帳（写）等（振込先のフリガナ名義、口座番号が確認できるもの） 金融機関名、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。 ※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。
10	<input type="checkbox"/>	事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写） 助成金支給申請の直近の申告書（写）を添付してください。労働保険事務組合に委託している場合は、労働保険料算定基礎賃金等の報告（写）と労働保険料等納入通知書（写）を添付してください。 ※労働基準監督署等の受付が証明されていることが必要です。 なお、都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも提出してください。
11	<input type="checkbox"/>	労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】 労働保険料を本社等が一括納付している場合にのみ提出してください。
12	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第4号） 支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
13	<input type="checkbox"/>	返信用封筒 長形3号封筒に84円切手を貼付してください。

同 意 書

- ・ 上記1～13にチェックを入れた内容について、申請内容と相違ないことを確約・同意します。
- ・ 申請内容に不備等があった場合において、貴機構の求めがあるときは、速やかに必要な事項を報告し、又は説明することを確約します。
- ・ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返金することに同意します。

令和 年 月 日

所 在 地

名 称 印
代表者（役職・氏名）

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

(R3.4)

8 ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5－2号）

（様式第5－2号）

ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書（本社等一括契約）

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> ストレスチェック助成金支給申請書（本社等一括契約）（様式第1－2号）
	<input type="checkbox"/> 次の全ての要件を満たしていることを確認してください。 a 労働者を雇用している法人・個人事業主であること。 b 労働保険の適用事業場であること。 c 派遣労働者を含めて常時50人未満の事業場であること。 d ストレスチェックの実施者が決まっていること。 e 事業者が医師と契約を締結し、「ストレスチェックに係る医師による活動」の全部又は一部を行わせる体制が整備されていること。 f ストレスチェックの実施及び面接指導等を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。
	<input type="checkbox"/> 「ストレスチェックの実施」と「ストレスチェックに係る医師による活動」の助成金申請は、1事業場につき、合わせて1回の申請となります。
	<input type="checkbox"/> 「1 ストレスチェック実施状況」「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」「3 助成金申請額」は、次の金額を記入してください。 <u>I 「1 ストレスチェック実施状況」</u> (ストレスチェック実施人数×500円又は実費) <u>II 「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」</u> (医師による活動回数×21,500円又は実費) <u>III 「3 助成金申請額」</u> (上記 I + II) ※ 500円、21,500円はそれぞれの上限額ですので、実費が上限額を下回る場合は実費で計算してください。また、ストレスチェックに係る医師による活動は1事業場につき、年度中3回が限度となります。
添付書類等	
2	<input type="checkbox"/> 医師との契約書（写） 医師との契約において、ストレスチェック後の面接指導を実施することが含まれている必要があります。契約書に面接指導の実施に関する記述がある場合は、当該契約書の写しを提出してください。記述がない場合又は契約を締結していない場合は、様式例「ストレスチェックに係る医師との契約書」を参考に、契約を締結してその写しを提出してください。 ※1 <u>ストレスチェックに係る医師による活動1回あたりの金額が明記されていることが必要です。</u> ※2 <u>実施医師の氏名が明記されていることが必要です。</u> ※3 <u>申請事業場が契約対象事業場として明記されていることが必要です。</u>
	<input type="checkbox"/> 医師であることを証明する書類（写） 医師の資格証明（医師免許証等）（写）を添付してください。
4	<input type="checkbox"/> ストレスチェック実施者の要件を備えていることを証明する書類（写） 医師、保健師、その他の厚生労働省で定める者（一定の研修を受講した看護師など）を証明する書類の写しを提出してください。厚生労働大臣が定める研修を受けなくても実施者となれる、平成27年11月30日において3年以上労働者の健康管理等の業務に従事した経験を有する看護師又は精神保健福祉士の方の場合は、それを証明する事業者からの証明書を提出してください。 ※なお、医師が実施も行う場合で契約書にその記載がある場合には、この様式は不要になります。
5	<input type="checkbox"/> ストレスチェック実施報告書（本社等一括契約）（様式第2－2号）
	<input type="checkbox"/> ストレスチェック実施に係る費用のみ記載してください。

6	<input type="checkbox"/>	ストレスチェックに係る医師による活動報告書（様式第3号）
		<p>ストレスチェックに係る医師による活動を実施した場合は、活動内容等を医師に確認の上、実施年月日を記入して提出してください。なお、医師の署名が直筆の場合には、押印は省略しても構いません。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。</p> <p>※助成金の支給が1事業場につき上限3回までとなっているため、事業場ごとに報告書を添付してください。</p>
7	<input type="checkbox"/>	ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
		<p>ストレスチェックを実施したことがわかる内容の領収書の写しを添付してください。</p> <p>※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。</p>
8	<input type="checkbox"/>	医師へ支払った費用の領収書（写）
		<p>医師へ費用を支払ったことがわかる書類（領収書）の写しを添付してください。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。</p> <p>※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。</p>
9	<input type="checkbox"/>	振込先の通帳（写）等（振込先のフリガナ名義、口座番号が確認できるもの）
		<p>金融機関名、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。</p> <p>※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。</p> <p>※事業場ごとに助成金振込口座が異なる場合は一括申請できません。</p>
10	<input type="checkbox"/>	事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写）
		<p>助成金支給申請の直近の申告書（写）を添付してください。労働保険事務組合に委託している場合は、労働保険料算定基礎賃金等の報告（写）と労働保険料等納入通知書（写）を添付してください。</p> <p>※労働基準監督署等の受付が証明されていることが必要です。</p> <p>なお、都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも提出してください。</p>
11	<input type="checkbox"/>	労働保険料一括納付に係る証明書
		労働保険料を本社等が一括納付している場合に提出してください。
12	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第4号）
		支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
13	<input type="checkbox"/>	返信用封筒
		長形3号封筒に84円切手を貼付してください。

同 意 書

- ・ 上記1～13にチェックを入れた内容について、申請内容と相違ないことを確約・同意します。
- ・ 申請内容に不備等があった場合において、貴機構の求めがあるときは、速やかに必要な事項を報告し、又は説明することを確約します。
- ・ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返金することに同意します。

令和 年 月 日

所 在 地

名 称

印

代表者（役職・氏名）

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

9 ストレスチェックに係る医師との契約書（例 1）

ストレスチェックに係る医師との契約書（例 1）

ストレスチェックの実施以外の医師による活動については医師が行い、ストレスチェックの実施については、相談機関等が行う場合

〇〇〇事業者（以下「甲」という。）と〇〇〇医師（以下「乙」という。）とは、甲の従業員に実施するストレスチェックに関する業務について次のとおり契約を締結する。

（業務内容）

第1条 乙は、甲の従業員に対し、次の各号に挙げる業務を行うものとする。

- （1） ストレスチェック実施後の面接指導の実施
- （2） 面接指導の結果についての事業主への意見陳述

（報酬）

第2条 乙が本契約に基づいて行った業務に関し、甲が支払う報酬の額は、1回につき〇〇〇〇円とする。

2 甲は、業務完了後、〇日以内に乙の指定する口座に報酬を支払うものとする。

（責任の所在）

第3条 乙が本契約に定める業務を遂行中に受けた物的及び人的事故は、甲の責任とする。

ただし、乙の故意又は重大な過失によるものは、この限りではない。

（契約の期間）

第4条 本契約の期間は、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までとする。

（解除等）

第5条 甲、乙のいずれか一方の都合により、本契約を改定又は解除する場合は、事実発生の1か月前までに書面をもって相手方に通知するものとする。

（守秘義務）

第6条 乙は、本契約に定める業務を遂行上知り得た甲の秘密に関する事項を他に漏らしてはならない。本契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（契約に定めのない事項）

第7条 本契約に定めのない事項については、甲、乙協議の上、これを定める。

本契約を証するため、本書2通を作成し、両者記名押印の上、甲、乙、それぞれ1通を保有する。

令和〇年〇月〇日

甲 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇株式会社

代表取締役 〇〇 〇〇 ㊟

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号

医師 〇〇 〇〇 ㊟

※この契約書は一例ですので、それぞれの事業場の実情に合わせて作成してください。ただし、ストレスチェック実施促進のための助成金を受給するためには、第1条(1)の業務は必ず必要になります。

(R3.4)

10 ストレスチェックに係る医師との契約書（例2）

ストレスチェックに係る医師との契約書（例2）

ストレスチェックの実施およびその他の医師による活動についても医師がすべて行う場合

〇〇〇事業者（以下「甲」という。）と〇〇〇医師（以下「乙」という。）とは、甲の従業員に実施するストレスチェックに関する業務について次のとおり契約を締結する。

（業務内容）

第1条 乙は、甲の従業員に対し、次の各号に挙げる業務を行うものとする。

- （1） ストレスチェックの実施
- （2） ストレスチェック実施後の面接指導の実施
- （3） 面接指導の結果についての事業主への意見陳述

（報酬）

第2条 乙が本契約に基づいて行った業務に関し、甲が支払う報酬の額は、ストレスチェック実施に係る費用として1人あたり〇〇〇円、医師による活動1回につき〇〇〇〇円とする。

2 甲は、業務完了後、〇日以内に乙の指定する口座に報酬を支払うものとする。

（責任の所在）

第3条 乙が本契約に定める業務を遂行中に受けた物的及び人的事故は、甲の責任とする。

ただし、乙の故意又は重大な過失によるものは、この限りではない。

（契約の期間）

第4条 本契約の期間は、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までとする。

（解除等）

第5条 甲、乙のいずれか一方の都合により、本契約を改定又は解除する場合は、事実発生の1か月前までに書面をもって相手方に通知するものとする。

（守秘義務）

第6条 乙は、本契約に定める業務を遂行上知り得た甲の秘密に関する事項を他に漏らしてはならない。本契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（契約に定めのない事項）

第7条 本契約に定めのない事項については、甲、乙協議の上、これを定める。

本契約を証するため、本書2通を作成し、両者記名押印の上、甲、乙、それぞれ1通を保有する。

令和〇年〇月〇日

甲 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇株式会社

代表取締役 〇〇 〇〇 ㊟

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号

医師 〇〇 〇〇 ㊟

※この契約書は一例ですので、それぞれの事業場の実情に合わせて作成してください。ただし、ストレスチェック実施促進のための助成金を受給するためには、第1条(2)の業務は必ず必要になります。

(R3.4)

11 ストレスチェックに係る医師との契約書（例3）

ストレスチェックに係る医師との契約書（例3）

事業場が相談機関と契約し相談機関の医師が実施と医師による活動の両方を行う場合

〇〇〇事業者（以下「甲」という。）と〇〇〇相談機関（以下「乙」という。）と医師 〇〇〇〇（以下「丙」という。）とは、甲の従業員に対して実施するストレスチェックに関する業務について次のとおり契約を締結する。

（業務内容）

第1条 甲及び乙はストレスチェックに関する業務にあたる医師として乙に所属する丙を選任する。なお、丙は、甲の従業員に対し、次の各号に挙げる業務を行うものとする。

- (1) ストレスチェックの実施
- (2) ストレスチェック実施後の面接指導の実施
- (3) 面接指導の結果についての事業主への意見陳述

（報酬）

第2条 乙及び丙が本契約に基づいて行った業務に関し、甲が支払う報酬の額は、ストレスチェック実施に係る費用として1人あたり〇〇〇円、医師による活動1回につき〇〇〇〇円とする。

2 甲は、業務完了後、〇日以内に乙又は乙の指定する口座に報酬を支払うものとする。

（責任の所在）

第3条 乙及び丙が本契約に定める業務を遂行中に受けた物的及び人的事故は、甲の責任とする。

ただし、乙及び丙の故意又は重大な過失によるものは、この限りではない。

（契約の期間）

第4条 本契約の期間は、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までとする。

（解除等）

第5条 甲、乙及び丙のいずれかの都合により、本契約を改定又は解除する場合は、事実発生の1か月前までに書面をもって相手方に通知するものとする。

（守秘義務）

第6条 乙及び丙は、本契約に定める業務を遂行上知り得た甲の秘密に関する事項を他に漏らしてはならない。本契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（契約に定めのない事項）

第7条 本契約に定めのない事項については、甲、乙及び丙が協議の上、これを定める。

本契約を証するため、本書2通を作成し、記名押印の上、甲、乙及び丙がそれぞれ1通を保有する。

令和〇年〇月〇日

甲 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇 ㊟

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇〇相談機関
所長 〇〇 〇〇 ㊟

丙 医師 〇〇 〇〇 ㊟

※この契約書は一例ですので、それぞれの事業場の実情に合わせて作成してください。ただし、ストレスチェック実施促進のための助成金を受給するためには、第1条(2)の業務は必ず必要になります。

(R3.4)

12 ストレスチェックに係る医師との契約書（例4）

ストレスチェックに係る医師との契約書（例4）

事業場が相談機関と契約し相談機関の医師が医師による活動を行う場合（本社一括契約）

〇〇〇事業者（以下「甲」という。）と〇〇〇相談機関（以下「乙」という。）と医師 〇〇〇〇（以下「丙」という。）とは、甲の従業員に対して実施するストレスチェックに関する業務について次のとおり契約を締結する。

（業務内容）

第1条 甲及び乙はストレスチェックに関する業務にあたる医師として乙に所属する丙を選任する。なお、丙は、甲の従業員に対し、次の各号に挙げる業務を行うものとする。

- （1） ストレスチェック実施後の面接指導の実施
- （2） 面接指導の結果についての事業主への意見陳述

（報酬）

第2条 乙及び丙が本契約に基づいて行った業務に関し甲が支払う報酬の額は、1回につき〇〇〇〇円とする。

2 甲は、業務完了後、〇日以内に乙又は乙の指定する口座に報酬を支払うものとする。

（責任の所在）

第3条 乙及び丙が本契約に定める業務を遂行中に受けた物的及び人的事故は、甲の責任とする。ただし、乙及び丙の故意又は重大な過失によるものは、この限りではない。

（契約の期間）

第4条 本契約の期間は、令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までとする。

（対象事業場）

第5条 対象となる事業場は以下のとおりとする。

〇〇支店、△△支店、□□支店、××支店、○△支店、△□支店、□×支店

（解除等）

第6条 甲、乙及び丙のいずれかの都合により、本契約を改定又は解除する場合は、事実発生の1か月前までに書面をもって相手方に通知するものとする。

（守秘義務）

第7条 乙及び丙は、本契約に定める業務を遂行上知り得た甲の秘密に関する事項を他に漏らしてはならない。本契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（契約に定めのない事項）

第8条 本契約に定めのない事項については、甲、乙及び丙が協議の上、これを定める。

本契約を証するため、本書2通を作成し、記名押印の上、甲、乙及び丙がそれぞれ1通を保有する。

令和〇年〇月〇日

甲 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇 ㊟

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇号
〇〇〇相談機関
所長 〇〇 〇〇 ㊟

丙 医師 〇〇 〇〇 ㊟

※この契約書は一例ですので、それぞれの事業場の実情に合わせて作成してください。ただし、ストレスチェック実施促進のための助成金を受給するためには、第1条(1)の業務は必ず必要になります。

(R3.4)

13 労働保険料一括納付に係る証明書

労働保険料一括納付に係る証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

当機関が、下記事業場の労働保険料について一括納付していることを証明します。

記

【事業場名等】

労働保険No.	郵便番号	住 所	事 業 場 名	人 数
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人

※ 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を追加しても構わないこと。

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

印

代表者氏名（役職・氏名）

(R3.4)

Ⅳ ストレスチェック制度の導入サポート

独立行政法人労働者健康安全機構では、事業場における「ストレスチェック制度」導入をサポートするために、本助成金のほか、次の事業を実施しています。利用は無料ですので、併せてご活用ください。

1 ストレスチェック制度サポートダイヤル

医師、保健師等のストレスチェック実施者や事業主、衛生管理者等のストレスチェック制度担当者等からの、ストレスチェック制度に係る実施方法などの専門的な相談に対応する電話相談窓口を開設しています。

<電話番号>

全国統一ナビダイヤル 0570-031050

※相談は無料ですが、通話料がかかります。

<開設時間>

平日10時～17時

(土曜、日曜、祝日、12/29～1/3は除く)

※詳細については、こちらを御覧ください。

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/helpline/tabid/1008/Default.aspx>

2 ストレスチェック制度実施のための研修

全国47都道府県にある産業保健総合支援センターでは、①産業医等の実施者向け、②衛生管理者等制度担当者向け、③事業者向けの3種類の研修会を随時開催しています。

研修スケジュールは、各産業保健総合支援センターのホームページ等でご確認ください。

3 個別訪問による支援

メンタルヘルス対策の専門家が、直接事業場を訪問して、ストレスチェック制度の導入について、各事業場の状況にあった具体的なアドバイスをします。

また、管理監督者を対象として、ストレスチェック制度に係る内容を含めた「メンタルヘルス教育」を実施しています。詳細については、最寄りの産業保健総合支援センターへお問い合わせください。

V 全国の産業保健総合支援センター一覧

(令和3年4月1日現在)

都道府県	電話番号	都道府県	電話番号
北海道	011(242)7701	滋賀	077(510)0770
青森	017(731)3661	京都	075(212)2600
岩手	019(621)5366	大阪	06(6944)1191
宮城	022(267)4229	兵庫	078(230)0283
秋田	018(884)7771	奈良	0742(25)3100
山形	023(624)5188	和歌山	073(421)8990
福島	024(526)0526	鳥取	0857(25)3431
茨城	029(300)1221	島根	0852(59)5801
栃木	028(643)0685	岡山	086(212)1222
群馬	027(233)0026	広島	082(224)1361
埼玉	048(829)2661	山口	083(933)0105
千葉	043(202)3639	徳島	088(656)0330
東京	03(5211)4480	香川	087(813)1316
神奈川	045(410)1160	愛媛	089(915)1911
新潟	025(227)4411	高知	088(826)6155
富山	076(444)6866	福岡	092(414)5264
石川	076(265)3888	佐賀	0952(41)1888
福井	0776(27)6395	長崎	095(865)7797
山梨	055(220)7020	熊本	096(353)5480
長野	026(225)8533	大分	097(573)8070
岐阜	058(263)2311	宮崎	0985(62)2511
静岡	054(205)0111	鹿児島	099(252)8002
愛知	052(950)5375	沖縄	098(859)6175
三重	059(213)0711		

◆全国の産業保健総合支援センター一覧

<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>