

令和3年度版

「治療と仕事の両立支援助成金」

【制度活用コース】の手引

事業者の方が、労働者の傷病の特性に応じた治療と仕事を両立させるための制度を導入することは、労働者の健康確保という意義とともに、継続的な人材の確保、労働者の安心感やモチベーションの向上による人材の定着・生産性の向上、健康経営の実現、多様な人材の活用による組織や事業の活性化、組織としての社会的責任の実現、労働者のワーク・ライフ・バランスの実現といった意義があるとされています。

この「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）」は、事業者の方が、両立支援コーディネーターを活用し、両立支援制度を用いた両立支援プランを策定するとともに、実際に労働者に適用した場合に、事業者が費用の助成を受けられることができる制度です。

傷病を抱える労働者に、両立支援制度を適切かつ効果的に実施するために、是非ご活用ください。

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」が無いようお願いします。送付前には、必ず「提出書類等の注意点」や「Q&A」で自己点検いただきますようお願いします。
- 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していません。
- 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。
- 助成金の支給申請から、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していません。

用語の説明

■ 傷病を抱える労働者

事業者に直接雇用される者のうち、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝疾患、難病などの反復・継続して治療が必要となる傷病を抱える者をいう。

■ 両立支援制度

傷病を抱える労働者に対する、治療と仕事との両立の支援に資する一定の就業上の措置。

(例)

- ・ 休暇制度→時間単位の年次有給休暇、傷病休暇・病気休暇等
- ・ 勤務制度→フレックスタイム制度、時差出勤制度、短時間勤務制度、在宅勤務（テレワーク）、試し出勤制度等

■ 両立支援制度の導入

両立支援制度の導入とは、労働協約又は就業規則を変更することにより、両立支援制度を新たに定めることをいう。

■ 両立支援制度の実施

両立支援制度の実施とは、導入した両立支援制度を用いた両立支援プランを策定し、適切かつ効果的に実施することをいう。

■ 両立支援プラン

具体的な就業上の措置や配慮の内容及びスケジュール等についてまとめた計画のことをいう。

■ 両立支援制度の導入日

両立支援制度の導入日とは、新たに両立支援制度を定めた労働協約又は就業規則の施行年月日をいう。ただし、労働協約又は就業規則において制度に係る施行年月日が定められていない場合にあっては、労働協約であればその締結日、就業規則であれば管轄する労働基準監督署又は地方運輸局（運輸管理部を含む。以下「労働基準監督署等」という。）に届け出た日とする。なお、常時 10 人未満の労働者を使用する事業者が作成する就業規則であって、施行年月日が定められていない場合は、当該就業規則を労働者全員に対して書面により周知した日とする。

■ 労働協約

労働組合と使用者が、労働条件等労使関係に関する事項について合意したことを文書に作成して、その双方が署名又は押印したものをいう。

■ 就業規則

常時 10 人以上の労働者を使用する事業者にあつては、管轄する労働基準監督署等に届け出た就業規則（就業規則において別途定めることとされている規程・規則等を含む。）をいう。常時 10 人未満の労働者を使用する事業者にあつては、労働基準監督署等に届け出た就業規則又は労働者全員に周知されたことが確認できる書面が添付された就業規則をいう。

■ 両立支援コーディネーター

「働き方改革実行計画を踏まえた両立支援コーディネーターの養成について（平成 30 年 3 月 30 日付け基安発第 0330 号）」に基づく研修を修了した者。

■ 基準日

事業者が、両立支援コーディネーターを活用して、両立支援プランを策定し、対象労働者に適用を開始して6か月を経過した日をいう。

(例)

・両立支援プラン適用期間が令和3年4月1日から令和3年9月30日（適用期間が6か月間）の場合

→基準日は令和3年10月1日となる。

・両立支援プラン適用期間が令和3年5月15日から令和3年8月14日（適用期間が3か月間）の場合

→基準日は令和3年11月15日となる。

・両立支援プラン適用期間が令和2年11月1日から令和3年4月30日の（適用期間の6か月間が年度をまたがる）場合

→基準日は令和3年5月1日となる。

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	助成金を受けるための取組の要件	- 1 -
4	助成対象	- 2 -
5	助成金額	- 2 -
6	申請期間	- 3 -
7	提出先	- 3 -
II	支給申請手続き等について	- 5 -
1	手続きの流れ	- 5 -
2	治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請	- 7 -
3	審査結果の通知と助成金支給方法	- 10 -
4	助成金に係る証拠書類等の保管	- 10 -
5	不正受給	- 10 -
III	様式一覧	- 11 -
1	治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請書（様式第1号）	- 12 -
2	治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書（様式第2号）	- 13 -
3	両立支援プラン概要票（様式第3号）	- 14 -
4	両立支援制度活用報告書（様式第4号）	- 15 -
5	支給要件確認申立書（様式第5号）	- 16 -
6	治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請チェックリスト 兼同意書（様式第6号）	- 17 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 19 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

事業者が、両立支援コーディネーターを活用し、両立支援制度を用いた就業上の措置を、対象労働者に適用した場合に、費用の助成を受けられます。

2 助成金を受けるための事業場の要件

申請前に、次の要件を全て満たしているか、必ず確認してください。

◆事業者の要件

- ① 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のホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」で該当する事業場を適用事業場とみなしています。)
- ② 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ないこと。(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除く。)
- ③ 過去に両立支援制度を活用したことを事由として、障害者雇用安定助成金(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)(平成 30 年 4 月から「障害や傷病治療と仕事の両立支援コース」に改称)及び本助成金を受給していないこと。

3 助成金を受けるための取組の要件

◆取組の要件◆

- (1)～(3)の要件を全て満たす労働者に、対象事業場に配置されている両立支援コーディネーターを活用し、(4)～(6)の要件を全て満たす両立支援制度を用いた両立支援プランを3か月以上適用し、適用開始後6ヶ月間の雇用が維持されているとともに、当該期間において月平均5日以上勤務していること。

労働者の要件

- (1) 傷病を抱える労働者で、治療と仕事の両立のために一定の就業上の措置が必要な者。
- (2) 治療の状況や就業継続の可否等に関する主治医意見書において、一定の就業上の措置が必要な期間が3か月以上で、かつ、事業者に対して支援を申し出た者。
- (3) 両立支援制度を用いた両立支援プランが策定され、就業上の措置を3か月以上適用されていること。

両立支援制度の要件

- (4) 傷病を抱える労働者に対して、傷病に応じた反復・継続した治療のための配慮を行う制度であること。
- (5) 当該制度が実施されるための合理的な条件（両立支援制度を労働者に適用するための要件及び基準、手続き等）が労働協約又は就業規則に明示されていること。
- (6) 対象労働者に関する治療の状況や就業継続の可否について、主治医意見書に関する費用を事業者が負担していること。

4 助成対象

前述3の取組に対して一律支給

5 助成金額

1法人又は1個人事業主当たり、一律200,000円。

ただし、1法人又は1個人事業主当たり有期契約労働者1名、雇用期間に定めのない労働者1名の計2名まで、将来にわたりそれぞれ1回限り助成されます。

6 申請期間

基準日から3か月以内に申請してください。

(ただし、基準日は令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間内である必要があります。)

なお、提出期間を過ぎると支給申請することができなくなりますのでご注意ください。

7 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 両立支援制度の実施

両立支援コーディネーターを活用して、就業上の措置を、対象労働者に実際に適用する。

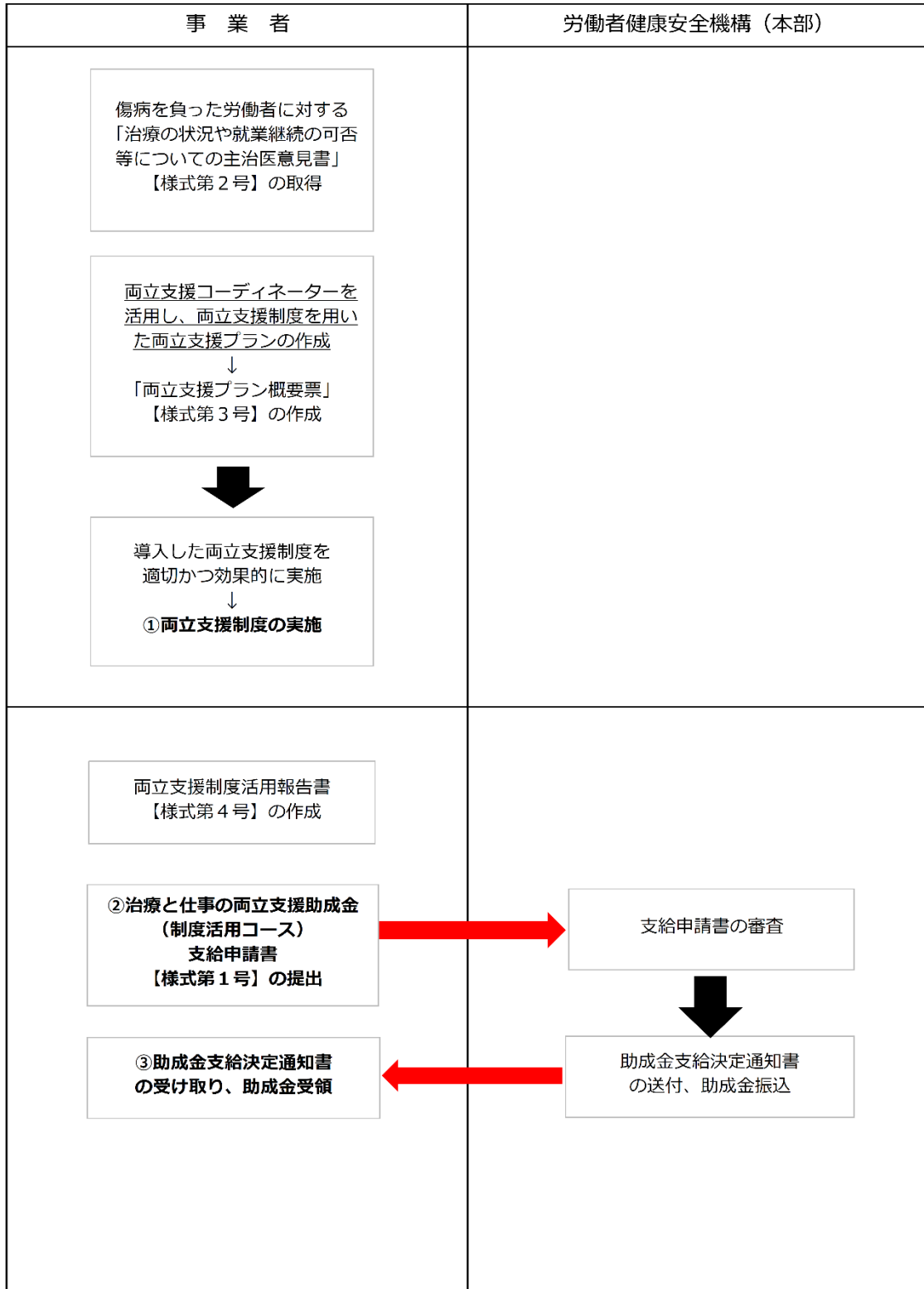
② 治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請の提出

必要な書類を添えて、労働者健康安全機構へ助成金の支給申請を提出する。

③ 助成金支給決定通知の受け取り、助成金受領

労働者健康安全機構から支給決定通知が届き、助成金が振込まれる。

フローチャート



2 治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請

(1) 提出書類及び添付書類

■ 提出書類

- ① 「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請書」（様式第1号）

■ 添付書類

- ① 対象労働者が、有期契約労働者又は雇用期間の定めのない労働者であることを証明する書類
- ② 対象労働者が、両立支援プランの適用を開始した日から6か月以上雇用が維持されていること、かつ、上記期間内で月平均5日以上勤務していることを証明する書類
- ③ 両立支援コーディネーター基礎研修の「修了証書」（写）
- ④ 対象労働者に関する「治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書」（様式第2号）
- ⑤ 両立支援制度の要件④で定める主治医意見書の発行費用を事業者が負担していることを証明する書類
- ⑥ 「両立支援プラン概要票」（様式第3号）
- ⑦ 「両立支援制度活用報告書」（様式第4号）

⑧ 現行の就業規則又は労働協約

※両立支援制度及び当該制度が実施されるための合理的な条件が明示されていること。

⑨ 労働保険概算・確定保険料申告書（写）

※労働保険概算・確定保険料申告書（写）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（写）」及び「事務組合の印が押印された納入通知書（写）」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。

⑩ 振込先の通帳（写）

（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）

⑪ 「支給要件確認申立書」（様式第5号）

⑫ 「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請チェックリスト兼同意書」（様式第6号）

⑬ 事業場宛ての返信用封筒（支給決定通知書返信用、長形3号封筒に84円切手貼付）

(2) 申請期間

基準日から3か月以内に申請してください。

(ただし、基準日は令和3年4月1日から令和4年3月31日までの期間内である必要があります。)

※ 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。

(3) 申請者

事業者（登記上の本店又は本社機能を有する事業場の事業者）の代表者が申請してください。

(4) 申請先

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 審査結果の通知と助成金支給方法

(1) 審査結果の通知

「2 治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請」に記載している書類を提出後、内容が適当である場合は、「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給決定通知書」（様式第7号）が送付されます。

また、内容が適当でない場合は、「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）不支給決定通知書」（様式第8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）」に記載された金融機関口座へ振込により支払われます。

4 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、申請に係る書類につきまして、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。

5 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、「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給決定取消及び返還通知書」（様式第9号）を通知して、助成金を返還していただきます。

Ⅲ 様式一覧

各様式は、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できます。

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1951/Default.aspx>

支給申請関係	
様式番号	様式名称
第1号	治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請書
第2号	対象労働者に関する「治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書」
第3号	両立支援プラン概要票
第4号	両立支援制度活用報告書
第5号	支給要件確認申立書
第6号	治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請チェックリスト兼同意書

1 治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請書（様式第1号）

（様式第1号）

受付No.
(記入不要)

治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース） 支給申請書

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

別紙「両立支援制度活用報告書」のとおり実施しましたので、治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給要領第6条に基づき、支給を申請します。

(R3.4)

2 治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書（様式第2号）

（様式第2号）

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書 （診断書と兼用）

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

病名	
現在の症状	（通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等）
治療の予定	（入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月1回の通院が必要、等））
退院後／治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可（職務の健康への悪影響は見込まれない） <input type="checkbox"/> 条件付きで可（就業上の措置があれば可能） <input type="checkbox"/> 現時点で不可（療養の継続が望ましい）
業務の内容について、職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年 月 日 ～ 年 月 日

上記内容を確認しました。

令和 年 月 日 （患者署名） _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 （主治医署名） _____

（注）この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

（R3.4）

5 支給要件確認申立書（様式第5号）

（様式第5号）

支給要件確認申立書

<p>◆ 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。）</p> <p>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。）</p> <p>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)</p> <p>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つては、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)</p> <p>4 事業者等又は当該事業者が法人である場合にあつては、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)</p> <p>5 倒産している。 (はい・いいえ)</p> <p>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： _____】</p> <p>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)</p>

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)

6 治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請チェックリスト 兼同意書（様式第6号）

（様式第6号）

治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給申請書」（様式第1号）
	<input type="checkbox"/> 次の全ての要件を全て満たしていることを確認してください。
	a 労働保険適用事業場であること。
	b 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ないこと（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除く。）。
	c 過去に両立支援制度を活用したことを事由として、障害者雇用安定助成金（障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース）（平成30年4月から「障害や傷病治療と仕事の両立支援コース」に改称）及び本助成金を受給していないこと。
	d 対象労働者が、次のいずれにも該当していること。
	・傷病を抱える労働者で、治療と仕事の両立のために一定の就業上の措置が必要な者。
	・治療の状況や就業継続の可否等に関する主治医意見書において、一定の就業上の措置が必要な期間が3か月以上で、かつ、事業者に対して支援を申し出た者。
	・両立支援制度を用いた両立支援プランが策定され、就業上の措置を3か月以上適用されていること。
	e 傷病を抱える労働者に対して、傷病に応じた反復・継続した治療のための配慮を行う制度であること。
f 当該制度が実施されるための合理的な条件（両立支援制度を労働者に適用するための要件及び基準、手続き等）が労働協約又は就業規則に明示されていること。	
g 対象労働者に関する治療の状況や就業継続の可否について、主治医意見書に関する費用を事業者が負担していること。	
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 対象労働者が、有期契約労働者又は雇用期間の定めのない労働者であることを証明する書類
	<input type="checkbox"/> 対象労働者が、両立支援プランの適用を開始した日から6か月以上雇用が維持されていること、かつ、上記期間内で月平均5日以上勤務していることを証明する書類
	<input type="checkbox"/> 両立支援コーディネーター基礎研修の「修了証書」（写）
	<input type="checkbox"/> 対象労働者に関する「治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書」（様式第2号）
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書の発行費用を事業者が負担していることを証明する書類
	<input type="checkbox"/> 「両立支援プラン概要票」（様式第3号）
	<input type="checkbox"/> 「両立支援制度活用報告書」（様式第4号）
	<input type="checkbox"/> 現行の就業規則又は労働協約 ※両立支援制度及び当該制度が実施されるための合理的な条件が明示されていること。
3	<input type="checkbox"/> 労働保険概算・確定保険料申告書等（写） ※労働保険概算・確定保険料申告書（写）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（写）」及び「事務組合の印が押印された納入通知書（写）」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。 ※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。

4	<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。
5	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第5号）
		支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
6	<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1～6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、助成金を返還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)

IV 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>