

事業者の方へ

令和 3 年度版

「小規模事業場産業医活動助成金」

【産業医コース】の手引

小規模事業場が、産業医の要件を備えた医師と職場巡視、健康診断異常所見者に関する意見聴取、保健指導等、産業医活動の全部又は一部を実施する契約を締結し、実際に産業医活動が行われた場合に、費用の助成を受けられる制度です。

従業員の健康管理等のために、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。

■ 産業医

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 13 条第 2 項の要件を備えた医師をいう。

■ 小規模事業場

常時 50 人未満の労働者を使用する事業場をいう。（「常時 50 人未満の労働者」とは、届出時の人数とする。）

■ 事業者

労働安全衛生法第 2 条第 1 項第 3 号に規定されている「事業を行う者で、労働者を使用するもの」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	取組の実施期間	- 2 -
7	申請期間	- 2 -
8	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	小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）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	- 12 -
1	小規模事業場産業医活動助成金支給申請書（様式第1号）	- 13 -
2	産業医活動実績報告書（様式第2号）	- 15 -
3	支給要件確認申立書（様式第3号）	- 17 -
4	小規模事業場産業医活動助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第4号）	- 19 -
5	労働保険料一括納付に係る証明書	- 21 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 22 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

小規模事業場が、平成 29 年度以降、新たに産業医の要件を備えた医師と「産業医活動に係る契約」（職場巡視、健康診断異常所見者に係る意見聴取、保健指導等、産業医活動の全部又は一部を実施する契約）を締結し、産業医活動を実施した場合に、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 2 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 小規模事業場（常時 50 人未満の労働者を使用する事業場）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」にて該当した事業場を適用事業場とみなしています。

3 助成金を受けるための取組の要件

次の①～③の取組を全て実施した場合に助成を受けることができます。

◆取組の要件◆

- ① 平成 29 年度以降、産業医の要件を備えた医師と事業場が新たに「産業医活動に係る契約」（職場巡視、健診異常所見者に係る意見聴取、保健指導等、産業医活動の全部又は一部を実施する契約）を締結していること。（※）
- ② 産業医が産業医活動の全部又は一部を実施していること。
- ③ 産業医活動を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。

※ 産業医活動に係る契約書には、次の事項が記載されている必要があります。

- 産業医活動の内容と契約期間
- 産業医活動に要する費用
- 法人と契約する場合は、産業医とした勤務医の氏名
- 申請事業場名称

4 助成対象

「産業医活動に係る契約」に基づく実施額

5 助成金額

6か月以上の継続的な産業医活動契約に基づき実施した産業医活動の費用に対して、6か月当たり100,000円を上限に支給します。

ただし、1事業場当たり将来にわたり2回限り助成されます。

6 取組の実施期間

令和2年11月～令和4年3月

※ 継続する6か月の産業医活動実施期間（助成金の支給対象となる6か月間）の初月が令和2年11月以降、最終月が令和4年3月以前である必要があります。

7 申請期間

令和3年5月から。ただし、産業医の要件を備えた医師が活動した継続する6か月の産業医活動実施期間の最終月の翌月から6か月以内に申請してください。

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 産業医と産業医活動の契約

産業医の要件を備えた医師と産業医活動の全部又は一部を実施する契約を締結する。

② 産業医活動の実施

契約に基づき産業医による職場巡視、健康診断異常所見者に関する意見聴取、保健指導等、産業医活動の全部又は一部を実施する。

③ 産業医に対する支払い

産業医に対して、契約に基づき費用を支払う。

④ 小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請（1回目）

必要な書類（6か月分の産業医に支払った費用の領収書等）を添えて、労働者健康安全機構へ助成金の支給申請を行う。

⑤ 小規模事業場産業医活動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、助成金が振込まれる。

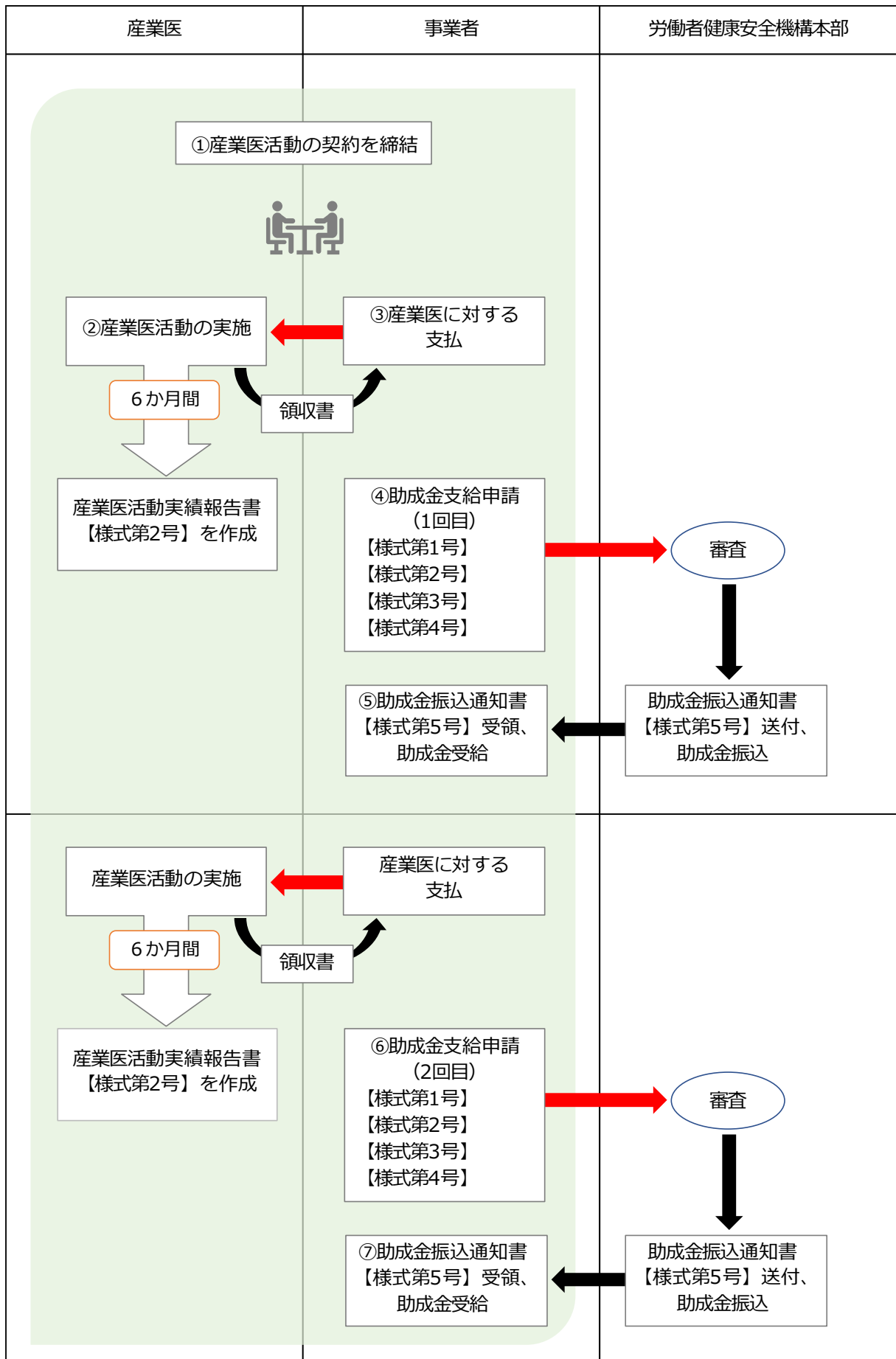
⑥ 小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請（2回目）

必要な書類（6か月分の産業医に支払った費用の領収書等）を添えて、労働者健康安全機構へ助成金の支給申請を行う。

⑦ 小規模事業場産業医活動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、助成金が振込まれる。

フローチャート



2 小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請

（1）提出書類及び添付書類

■ 提出書類

- ① 「小規模事業場産業医活動助成金支給申請書」（様式第1号）

■ 添付書類

- ① 産業医活動に関する契約書（写）
- ② 「産業医活動実績報告書」（様式第2号）
- ③ 産業医の要件を備えた医師への支払の事実を明らかにする証拠書類（写）
（継続する6か月の産業医活動実施期間に対する費用の領収書の（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。
 - ※ 領収書には、支払いの対象となった産業医活動の実施月が記載されている必要があります。（例：「〇年■月～▲月分 産業医活動費用として」等）
- ④ 労働安全衛生法第13条の2の要件を備えている医師であることを証明できる書類（写）
- ⑤ 事業場の労働保険概算・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。
- ⑥ 労働保険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。

⑦ **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）

⑧ **「支給要件確認申立書」（様式第3号）**

⑨ **「小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請チェックリスト兼同意書」（様式第4号）**

⑩ **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2年11月～令和4年3月

※ 継続する6か月の産業医活動実施期間（助成金の支給対象となる6か月間）の初月が令和2年11月以降、最終月が令和4年3月以前である必要があります。

（3）申請期間

令和3年5月から。ただし、産業医の要件を備えた医師が活動した継続する6か月の産業医活動実施期間の最終月の翌月から6か月以内に申請してください。

例：【産業医活動実施期間】R2.11～R3.4→【申請期間】R3.5～R3.10

※ 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

事業場の代表者が申請してください。

(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 審査結果の通知と助成金支給方法

(1) 小規模事業場産業医活動助成金支給申請書の通知

7頁の「2 小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請」に記載の書類を提出後、内容が適当である場合は、「助成金支給決定通知書」（様式第5号）が送付されます。

また、内容が適当でない場合は、「助成金不支給決定通知書」（様式第6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。

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場は、産業医等への支払の事実を記録するとともに、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。

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、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できます。

<https://www.johas.go.jp/tabid/1962/Default.aspx>

支給申請関係		
様式番号	様式名称	提出
第1号	小規模事業場産業医活動助成金支給申請書	○
第2号	産業医活動実績報告書	○
第3号	支給要件確認申立	○
第4号	小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請チェックリスト兼同意書	○
－	労働保険一括納付に係る証明書	△

○：必ず提出が必要になります。

△：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に提出してください。

1 小規模事業場産業医活動助成金支給申請書（様式第1号）

（様式第1号）



受付No.
(記入不要)

令和 年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書 (産業医コース)

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	

小規模事業場産業医活動助成金支給要領（産業医コース）第4条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

今回の申請は【 1回目 ・ 2回目 】です。

1 産業医活動を実施した継続する6か月

令和 年 月 ~ 令和 年 月

2 産業医活動助成金（産業医コース）申請額

円

(※100,000円を上限)

(R3.4)

記 載 例

(様式第 1 号)



受付No.
(記入不要)

令和 3 年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

(産業医コース)

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

産業医の選任義務がない事業場 (労働者数 50 人未満) が対象です。

申請日 令和 3 年 12 月 11 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 ロワアン (株)ろっあん		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 ロワアン 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	

小規模事業場産業医活動助成金支給要領 (産業医コース) 第 4 条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

今回の申請は【1回目】・ 2回目】です。

1 産業医活動を実施した継続する 6 か月

令和 3 年 7 月 ~ 令和 3 年 12 月

2 産業医活動助成金 (産業医コース) 申請額

100,000 円

(※100,000 円を上限)

(R3.4

2 産業医活動実績報告書（様式第2号）

（様式第2号）



産業医活動実績報告書

1 産業医活動を実施した事業場名

事業場名	
------	--

2 産業医活動実施状況

実施日	活 動 内 容
(1回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(2回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(3回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(4回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(5回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）
(6回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 実施した産業医活動にチェックすること。

令和 年 月 日

産業医氏名

Ⓔ

(R3.4

記 載 例

(様式第2号)



産業医活動実績報告書

1 産業医活動を実施した事業場名

事業場名	(株)ろうあん
------	---------

2 産業医活動実施状況

実施日	活 動 内 容
(1回目) 令和3年7月6日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2回目) 令和3年8月3日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(3回目) 令和3年9月7日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4回目) 令和3年10月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(5回目) 令和3年11月2日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(6回目) 令和3年12月7日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()

※ 実施した産業医活動にチェックすること。

令和 3年 12月 7日

産業医氏名

中原 二郎



(R3.4)

3 支給要件確認申立書（様式第3号）

様式第3号

支給要件確認申立書

資格 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)
- 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)
- 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

4 小規模事業場産業医活動助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第4号）

（様式第4号）

小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 小規模事業場産業医活動助成金支給申請書（産業医コース）（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 常時50人未満の労働者を使用する事業場であること。 b 労働保険適用事業場であること。 c 平成29年度以降、新たに産業医と産業医活動の全部又は一部を実施する契約を締結していること。 d 産業医が産業医活動の全部又は一部を実施していること。 e 産業医活動を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。
	<input type="checkbox"/> 「1 産業医活動助成金申請額」が100,000円以下になっていることを確認してください。 100,000円が上限額ですので、実費が上限額を下回る場合は実費で計算してください。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 産業医との契約書（写） 次の事項が記載されていることを確認してください。 a 産業医活動の内容と契約期間 b 産業医活動に要する費用 c 法人と契約する場合は、産業医とした勤務医の氏名 d 申請事業場名称
	<input type="checkbox"/> 「産業医活動実績報告書」（様式第2号） 申請月（6か月）における産業医活動実績が記載されていること。 産業医の署名又は記名押印があることを確認してください。
4	<input type="checkbox"/> 産業医の要件を備えた医師であることを証明する書類（写） 日医認定産業医証の写しや労働衛生コンサルタント（保健衛生）登録証の写しなどを提出してください。 ※労働衛生コンサルタントの場合は別途医師の資格証明の添付が必要です。
5	<input type="checkbox"/> 産業医へ支払った費用の領収書（写） 継続する6か月の間に支払った費用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は不可となります。
6	<input type="checkbox"/> 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の写し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の写しと労働保険料等納入通知書の写し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。

7	<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）
	<input type="checkbox"/>	金融機関、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。
8	<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提出すること。
9	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第3号）
		支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
10	<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1～10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)

5 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.	事業場名	人数
		人

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

⑩

代表者

(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>