

令和4年度版

「小規模事業場産業医活動助成金」

【保健師コース】の手引

小規模事業場が、保健師と健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導、高ストレス者等に対する健康相談、健康教育等の産業保健活動の全部又は一部を実施する契約を締結し、実際に産業保健活動が行われた場合に、費用の助成を受けることができる制度です。

労働者の健康管理等のために、是非ご活用ください。

小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）（以下「本助成金」といいます。）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

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

◆お知らせと注意事項◆

- 現在、産業保健関係助成金の申請を多数いただいていることから、本助成金を申請いただいた後、審査、支給決定及び振込みまでに期間を要していますので予めご了承ください。
- 申請書類へ記入の際には「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。また、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。（申請書類に記載誤り等があった場合は、受付・審査にさらに時間を要します。）
- 様式第1号に記載いただいた事業場のご担当者様宛てに、事業場の取組や申請書類の内容に関して問い合わせする場合があります。ご担当者様は本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いただきますようお願いいたします。
- 次のお問い合わせには対応しておりません。
 - ・ 提出書類等の事前審査や到着状況のお問い合わせ
 - ・ 審査の進捗状況や振込みの時期に関するお問い合わせ
- 申請に当たって、次の点をお守りください。
 - ・ 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こと。
 - ・ 申請の際は申請書類をコピーし、控えとして保管すること。
 - ・ 申請書類は、黒のボールペン（消せるタイプのボールペン等は不可）
で記入すること。

本手引における用語の説明

■ 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」で該当する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。)

■ 中小事業主

次の表の「資本金の額・出資の総額」か「常時使用する労働者の数」のいずれかを満たす事業主が「中小事業主」に該当します。

産業分類	資本金の額・出資の総額	常時使用する労働者の数
小売業（飲食店を含む）	5,000 万円以下	50 人以下
サービス業	5,000 万円以下	100 人以下
卸売業	1 億円以下	100 人以下
その他の業種	3 億円以下	300 人以下

■ 保健師

保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 2 条の要件を備えた者をいう。

■ 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（昭和 47 年法律第 57 号。以下「法」という。）第 2 条第 1 項第 3 号に規定する「事業を行う者で、労働者を使用するもの」をいう。

■ 倒産

次のいずれかに該当することをいう。

ア 破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始又は特別清算開始の申立てを受け、又は自ら申立てを行ったこと。

イ 手形交換所において、その手形交換所で手形交換を行っている金融機関が金融取引を停止する原因となる事実についての公表がこれらの金融機関に対しされたこと。

■ 産業保健関係助成金

平成 26 年 4 月 1 日付け要領第 7 号「産業保健活動総合支援事業実施要領」第 5 条の規定に基づく助成金のことをいう。

目 次

I	制度の概要	- 1 -
1	本助成金の概要	- 1 -
2	助成を受けるための事業場の要件	- 1 -
2-2	不支給要件	- 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	- 2 -
II	支給申請手続き等について	- 3 -
1	手続きの流れ	- 3 -
2	提出書類及び添付書類	- 5 -
3	対象となる取組の実施期間と申請期間	- 6 -
4	申請方法等	- 7 -
5	提出先	- 8 -
6	審査結果の通知及び支給方法	- 8 -
7	証拠書類等の保管	- 9 -
8	不正受給	- 9 -
III	様式一覧	- 10 -
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）	- 11 -
2	産業保健活動実績報告書（様式第2号）	- 13 -
3	支給要件確認申立書（様式第3号）	- 15 -
4	中小事業主証明書（様式第4号）	- 16 -
5	小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5号）	- 17 -
6	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）	- 19 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 20 -

I 制度の概要

1 本助成金の概要

小規模事業場が、保健師と「産業保健活動に係る契約」（健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導、高ストレス者等に対する健康相談、健康教育等の産業保健活動の全部又は一部を実施する契約）を締結し、産業保健活動を実施した場合に、費用の助成を受けられます。

2 助成を受けるための事業場の要件

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 労働保険の適用事業場であること。
- ② 中小事業主であること。
- ③ 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。

2-2 不支給要件

以下の要件に該当する場合、本助成金を受けるための要件を満たしていても、次の①から⑦に該当する場合は本助成金を支給しません。

◆不支給要件◆

- ① 支給申請書の提出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場合
- ② 支給申請書の提出日又は支給決定日の時点で、本助成金の不支給措置が取られている場合
- ③ 暴力団関係事業場（事業者が暴力団員に該当する事業場、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）であると認められる場合
- ④ 破壊活動防止法（昭和 27 年法律第 240 号）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のある団体に属している場合
- ⑤ 支給申請書の提出日又は支給決定通知日の時点で倒産している場合

- ⑥ 不正受給が発覚した際に機構理事長が実施する事業者名の公表について、あらかじめ同意していない場合
- ⑦ 支給申請書の提出日の前日から起算して1年前の日までの間に、労働関係法令違反を行ったことが明らか（司法処分等）である場合

詳しい要件については、平成30年4月24日付け「小規模事業場産業医活動助成金支給要領（保健師コース）」第3条の2を御確認ください。

3 助成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 保健師と事業場が「産業保健に係る契約」（健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導、高ストレス者等に対する健康相談、健康教育等の産業保健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 ①の保健師が産業保健活動の全部又は一部を実施していること。
- ③ ②の産業保健活動を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。

※ 産業保健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。

- 産業保健活動の内容と契約期間
- 上記に要する費用
- 法人と契約する場合は、勤務保健師の氏名
- 申請事業場の名称

4 助成対象

「産業保健活動に係る契約」に基づく実施額

5 助成金額

産業保健活動に係る契約に基づき実施した継続する6か月以上の産業保健活動の費用に対して、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。

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 保健師と産業保健活動の契約

保健師と産業保健活動の全部又は一部を実施する契約を締結する。

② 産業保健活動の実施

契約に基づき保健師による健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導、高ストレス者等に対する健康相談、健康教育等の産業保健活動の全部又は一部を実施する。

③ 保健師に対する支払

保健師に対して、契約に基づき費用を支払う。

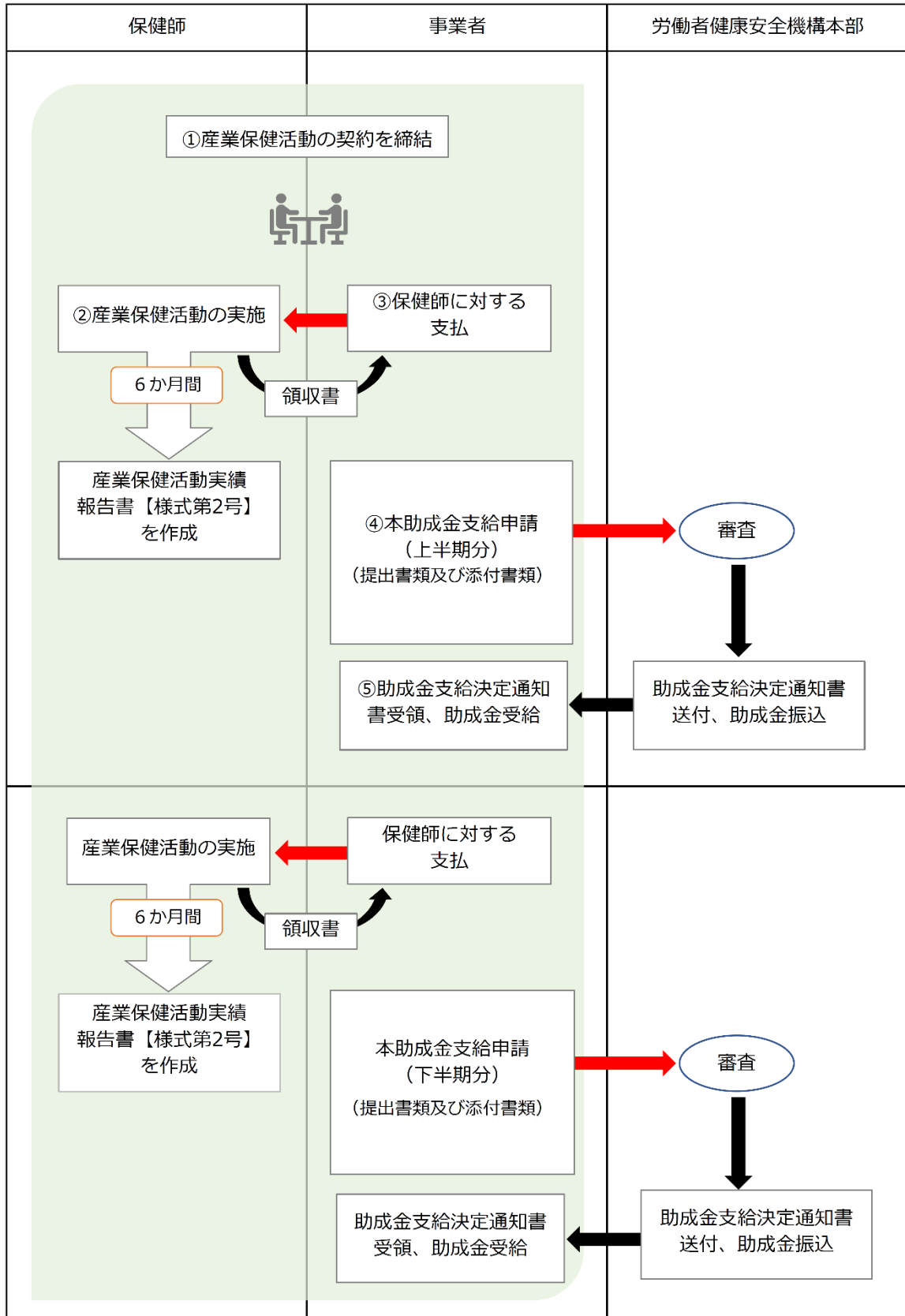
④ 本助成金支給申請

契約施行開始日から6か月以上経過後、申請期間（6頁参照）を確認の上、必要な書類を添えて、労働者健康安全機構へ本助成金の支給申請を行う。

⑤ 助成金支給決定通知書の受取、本助成金受領

労働者健康安全機構から支給決定通知書が届き、本助成金が支払われる。

フローチャート



2 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（保健師コース）」（様式第1号）

■ 添付書類

- ① 産業保健活動に関する契約書の写し
- ② 「産業保健活動実績報告書」（様式第2号）
- ③ 保健師への支払の事実を明らかにする証拠書類の写し
（継続する6か月以上の期間に支払った費用の領収書の写し）
 - ※ 銀行振込の「振込明細書」をも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保健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～▲月分産業保健活動費用として」等）
- ④ 保健師助産師看護師法第2条の要件を備えている保健師であることを証明できる書類の写し
- ⑤ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等の写し
 - ※ 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」（写）も併せて提出してください。
- ⑥ 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。
- 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 「中小事業主証明書」(様式第4号)
- ⑩ 「小規模事業場産業医活動助成金(保健師コース)支給申請チェックリスト兼同意書」(様式第5号)
- ⑪ 事業場宛ての返信用封筒(長形3号封筒(切手不要))

3 対象となる取組の実施期間と申請期間

取組の実施期間によって申請期間が異なりますので、十分ご注意ください。

【対象となる取組の実施期間】

①上半期：令和4年4月1日から令和4年9月30日まで

②下半期：令和4年10月1日から令和5年3月31日まで

※ 継続する6か月以上の「産業保健に係る契約期間」の最終日が、上記①又は②の期間中である必要があります。

【申請期間】

①上半期の場合

令和4年11月1日から令和5年3月31日まで(消印有効)

②下半期の場合

令和5年5月1日から令和5年10月31日まで(消印有効)

ただし、各申請期間中であっても、支給対象となる申請がそれぞれの上限件数に達した場合は、上限に達した日の消印をもって受付を終了しますので、ご了承ください。

4 申請方法等

- ・ 事業場の代表者が申請してください。
- ・ 申請の受付は、郵送のみとなります。
持参、電話、FAXなどによる申込みはできません。
- ・ 郵送方法は、郵便局が配達し、申請先（当機構本部）が受領した事実の証明が可能な方法（一般書留、簡易書留、レターパックプラス）でお願いします。
- ・ 郵送する際、封筒の表書き（レターパックプラスの場合は「品名」欄）に、申請する本助成金の名称（申請が複数の場合は、すべての助成金の名称）を朱書きしてください。

<記載例（書留の場合）>



- ・ 申請は、受付開始日の消印から終了日の消印まで有効です。
(受付期間中に到着したものであっても、受付開始日の前日以前の消印は無効とみなします。)
- ・ 到達確認は郵便局の追跡サービスをご利用ください。
- ・ 申請書類（支給申請書や申立書等）の内容に変更が生じた場合は、速やかに変更内容を「5 提出先」に書面でお知らせください。

- ・ 受付を終了する場合、当機構のホームページで周知を行いますが、お申込みのタイミングによっては、すでに受付を終了している場合があります。
- ・ 「申請期間前の日付の消印」又は「申請期間後（申請受付停止日の翌日以降含む）の消印」の申請書類一式につきましては、誠に勝手ながら、破棄しますのでご了承ください。
- ・ 原則として、申請書類が申請先に到着しなかったことに対する異議を申し立てることはできません。

5 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

6 審査結果の通知及び支給方法

審査の結果、本助成金の支給が決定された場合は「助成金支給決定通知書」（様式第6号）を送付した後、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。

なお「助成金支給決定通知書」の発送時までには、支払口座の変更や社名変更、廃業等がある場合は、速やかに上記「5 提出先」に変更等の内容を書面でお知らせいただきますようお願いいたします。

ただし、下記の事由に該当する場合、支給を行いません。

- ・ 申請書類について不備があり、機構が設定する期限までに補正を行わない場合
- ・ 助成金支給決定通知書により通知した後、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に振込ができず、様式1号に記載された問合せ先に連絡がつかない場合

7 証拠書類等の保管

本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、本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。

8 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本助成金の支給を受けた場合は取り消しを行い「助成金支給決定取消及び返還通知書」（様式第8号）を通知して、支給した本助成金を全額返還していただくとともに、事業場名を公表します。

また、産業保健関係助成金について不正受給を行った事業者に対しては、不正受給に係る産業保健関係助成金について不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して3年間本助成金を支給しません。

なお、不正受給を行った事業者の役員等（事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者。ただし、偽りその他不正行為に関与した者に限る。）が他の事業主等の役員等となっている場合は、役員等となっている他の事業主等に対しても、同様に同期間本助成金を支給しません。

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/2061/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（保健師コース）	○
第2号	産業保健活動実績報告書	○
第3号	支給要件確認申立書	○
第4号	中小事業主証明書	○
第5号	小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）支給申請チェックリスト兼同意書	○
—	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）	△

○：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 (保健師コース)

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（保健師コース）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【 上半期分 ・ 下半期分 】です。

助成金申請金額

円（10万円未満の場合、実費となります。）

（※10万円を上限として記入してください。）

(R4.4)

記 載 例

(様式第 1 号)



受付No.
(記入不要)

令和 4 年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書
(保健師コース)

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 4 年 11 月 7 日

【請求者】

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。

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	労働者数	35 名 (内派遣労働者数 名)
代表者	役職 代表取締役	フリガナ 氏名	ローアン イチロウ 労安 一郎
担当者	所属 総務課	フリガナ 氏名	カワサキ ハナコ 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（保健師コース）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【 上半期分 ・ 下半期分 】です。

助成金申請金額

100,000	円 (10 万円未満の場合、実費となります。)
---------	-------------------------

(※ 10 万円を上限として記入してください。)

2 産業保健活動実績報告書（様式第2号）

（様式第2号）



産業保健活動実績報告書

1 産業保健活動を実施した事業場名

事業場名	
------	--

2 産業保健活動実施状況

実施日	活 動 内 容
(1回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(2回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(3回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(4回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(5回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(6回目) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()

※ 実施した産業保健活動にチェックすること。

令和 年 月 日

保健師氏名

(R4.4)

記 載 例

(様式第2号)



産業保健活動実績報告書

1 産業保健活動を実施した事業場名

事業場名	(株)ろうあん
------	---------

2 産業保健活動実施状況

実施日	活 動 内 容
(1回目) 令和4年4月4日	<input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(2回目) 令和4年5月9日	<input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input checked="" type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(3回目) 令和4年6月8日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(4回目) 令和4年7月8日	<input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 衛生委員会への参加 <input checked="" type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他、健康管理に関すること ()
(5回目) 令和4年8月8日	<input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()
(6回目) 令和4年9月8日	<input type="checkbox"/> 健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導 <input checked="" type="checkbox"/> 高ストレス者等に対する健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 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、健康管理に関すること ()

※ 実施した産業保健活動にチェックすること。

令和 4年 9月 23日

保健師氏名 住吉 奈緒

(R4.4)

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

- ◆ 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 本助成金の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(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)が暴力団員(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(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)が、破壊活動防止法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のある団体に属している。 (はい・いいえ)
 - 5 支給申請書の提出日時時点で倒産している。 (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 過去3年以内に、産業保健関係助成金について不支給として支給を取り消されたことがある。 (はい・いいえ)
 - 8 本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)
 - 9 「申請期間前の日付の消印」又は「申請期間後(申請受付停止日の翌日以降含む)の消印」の申請書類により申請を行った場合、不支給要件に該当する場合及び不正受給により支給決定を取り消された場合、機構が申請書類を破棄することに同意する。 (はい・いいえ)

1から9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9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 _____

代表者の役職及び氏名 _____

(R4.4)

4 中小事業主証明書（様式第4号）

（様式第4号）

中小事業主証明書

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

当社は、下記のとおり、貴機構が定義する中小事業主に該当することを証明いたします。

令和 年 月 日現在

事業者名（企業名）	
本社所在地	
代表者	（役職）
	（氏名）
主たる事業として営んでいる業種	
資本金の額または出資の総額	円
常時使用する従業員数	人

（参考）労働者健康安全機構が定義する中小事業主

原則として、次の表の「資本金の額・出資の総額」か「常時使用する労働者の数」のいずれかを満たす事業主が「中小事業主」に該当します。

産業分類	資本金の額・出資の総額	常時使用する労働者の数
小売業（飲食店を含む）	5,000万円以下	50人以下
サービス業	5,000万円以下	100人以下
卸売業	1億円以下	100人以下
その他の業種	3億円以下	300人以下

（R4.4）

5 小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）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）

小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）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等助成金支給申請書（保健師コース）（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 労働保険適用事業場であること。 b 中小事業主であること。 c 常時50人未満の労働者を使用する事業場であること。 d 保健師と事業場が「産業保健に係る契約」（健診異常所見者や長時間労働者等に対する保健指導、高ストレス者等に対する健康相談、健康教育等の産業保健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。 e dの保健師が産業保健活動の全部又は一部を実施していること。 f eの産業保健活動を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。
	<input type="checkbox"/> 「1 助成金申請金額」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"/> 保健師との契約書（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 産業保健活動の内容と契約期間 b aに要する費用 c 法人と契約する場合は、勤務保健師の氏名 d 申請事業場名称
	<input type="checkbox"/> 「産業保健活動実績報告書」（様式第2号） 申請月における産業保健活動実績が記載されていること。 保健師の記名があることを確認してください。
4	<input type="checkbox"/> 保健師であることを証明する書類（写） 保健師免許の写しを提出してください。
5	<input type="checkbox"/> 保健師へ支払った費用の領収書（写） 継続する6か月以上の期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"/>	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。
8	<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、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。
9	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第3号） 同時に複数の助成金の申請をする場合は、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"/>	中小事業主証明書（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。
11	<input type="checkbox"/>	返信用封筒（長形3号封筒） 切手は不要です。

同意書

- ・ 上記1～11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

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

(R4.4)

6 労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）

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）

代表者

(R4.4)

IV 全国の産業保健総合支援センター一覧

(令和4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>