令和４年度版
「副業・兼業労働者の健康診断助成金」
の手引

使用者は、常時使用する労働者に対して、労働安全衛生法第 66 条等に基づき、健康診断等を実施しなければなりませんが、それ以外の労働者（副業・兼業労働者を含む。）については、使用者に健康診断実施義務が課せられていません。

このため、副業・兼業労働者に対する健康診断の実施を促進することを目的に、事業者が副業・兼業労働者に対して、一般健康診断を実施した場合に、費用の助成を受けることができる助成金制度を設けています。

副業・兼業労働者の健康管理のために是非ご活用ください。

副業・兼業労働者の健康診断助成金（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/

（R4.4）

◆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」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。）

■　事業者

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号。）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。

■　常時使用する労働者

次の①と②のいずれの要件も満たす者をいう。

①　期間の定めのない契約により使用されている者であること。なお、期間の定めのある契約により使用される者であっても、更新により１年以上使用されることが予定されている者、更新により１年以上使用されている者は対象となる。

②　１週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の１週間の所定労働時間数の４分の３以上であること。

■　副業・兼業労働者

２つ以上の事業者に雇用されている者であって、本業や副業を問わず雇用されている全ての事業場で「常時使用する労働者」に該当していないこと。

■　所定労働時間数

就業規則等で定められた始業時刻から終業時刻までの時間から休憩時間を差し引いた労働時間をいう。労働者によって所定労働時間が異なる場合は、最も多くの労働者に適用されるものを当該企業の所定労働時間とし、変形労働時間制を採用している場合は、期間内で平均したものを当該企業の所定労働時間とする。

■　一般健康診断

本助成金が対象とする健康診断をいい、労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）第 44 条に規定する「定期健康診断」（下表の項目）と同等以上のものでなければならない。

1	既往歴及び業務歴の調査
2	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3	身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
4	胸部エックス線検査及び喀痰検査
5	血圧の測定
6	尿検査（尿中の糖および蛋白の有無の検査）
7	貧血検査（赤血球数、血色素量）
8	肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
9	血中脂質検査（LDL コレステロール、HDL コレステロール、中性脂肪）
10	血糖検査（空腹時血糖またはヘモグロビンＡ１ｃ）
11	心電図検査
医師が必要でないと認める場合に省略できる健康診断項目	
12	身長測定（20 歳以上の者）
13	聴力検査：40 歳未満の者（35 歳を除く）については医師が適当と認める聴力の検査（オージオまたはその他の方法）に代えることができる。
14	喀痰検査：胸部Ｘ線検査によって疾病の発見、結核発病のおそれがないと診断された者、および胸部Ｘ線検査を省略した者
15	胸部Ｘ線検査：40 歳未満の方で下記に該当せず医師が認めた者 ア　5 歳毎の節目年齢(20 歳、25 歳、30 歳及び 35 歳)の方 イ　感染症法で結核に係る定期の健康診断の対象とされている施設等で働かれている方 ウ　じん肺法で 3 年に 1 回のじん肺健康診断の対象とされている方
16	心電図検査、血中脂質検査、肝臓機能検査、貧血検査、血糖検査は 35 歳未満と 36 歳以上 40 歳未満の者について省略できる
17	腹囲測定：40 歳未満（35 歳を除く）の場合、妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された場合、BMI が 20 未満である場合、BMI が 22 未満であって、自ら腹囲を申告した場合

■　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てされたこと。

■　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等の要件 ..... - 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時期と申請期間 ..... - 7 -
4　申請方法等 ..... - 8 -
5　提出先 ..... - 9 -
6　審査結果の通知及び支給方法 ..... - 9 -
7　証拠書類等の保管 ..... - 10 -
8　不正受給 ..... - 10 -
Ⅲ　様式一覧 ..... - 11 -
1　副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書（様式第１号） ..... - 12 -
2　副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書（様式第２号） ..... - 13 -
3　副業・兼業に関する証明書（様式第３号） ..... - 14 -
4　支給要件確認申立書（様式第４号） ..... - 15 -
5　副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第５号）
..... - 16 -
6　労働保険料一括納付に係る証明書（様式例） ..... - 18 -
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　本助成金の概要

事業者が、副業・兼業労働者に対して一般健康診断を実施した場合に、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

次の要件を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◆

□　労働保険の適用事業場であること。

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、令和２年３月 27 日付け「副業・兼業労働者の健康診断助成金支給要領」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等の要件

次の①及び②の要件を満たしていることを必ず確認してください。

◆取組等の要件◆

□　①　次の要件を満たす副業・兼業労働者に対して事業者負担で一般健康診断を受診させている、あるいは自発的に一般健康診断を受診した当該労働者に対して健康診断の費用を負担していること。

○　本業や副業を問わず、雇用されている全ての事業場において１週間の労働時間数が当該事業場における同種の業務に従事する通常の労働者の一週間の所定労働時間数の４分の３未満の労働者

□　②　自社の使用者や労働者以外の者に一般健康診断の実施等を行わせていること。

4　助成対象

一般健康診断費用

5　助成金額

副業・兼業労働者１人当たり１回限りとし、助成額は副業・兼業労働者１人当たり 10,000 円、ただし１事業場当たり 100,000 円を上限とします。

Ⅱ　支給申請手続き等について

1　手続きの流れ

本助成金を受け取るまでの手続きは次のとおりです。（副業・兼業労働者が自ら健康診断を受診する場合もあることから、必ずしも健診実施機関と事業者が契約を締結する必要はありません。）

①　健康診断実施に当たっての調整

- 副業・兼業労働者の状況に応じて健康診断の実施等を調整する。
- 事業主が健康診断実施に係る項目、期間、場所、費用を明記した契約を健診実施機関と締結する。

②　健康診断の実施

- 副業・兼業労働者が健診実施機関で一般健康診断を受ける。
- 事業主が副業・兼業労働者に対して、契約に基づき一般健康診断を実施する。

③　健康診断実施後の取組（任意）

健康診断の結果について医師等からの意見聴取等の適切な措置を講ずる。

④　健診実施機関に対する支払

- 副業・兼業労働者に健診実施機関が発行した領収書を（副業・兼業労働者が）事業主に提出する。
- 事業主が健診実施機関に対して、契約に基づいて費用を支払い、領収書を受け取る。

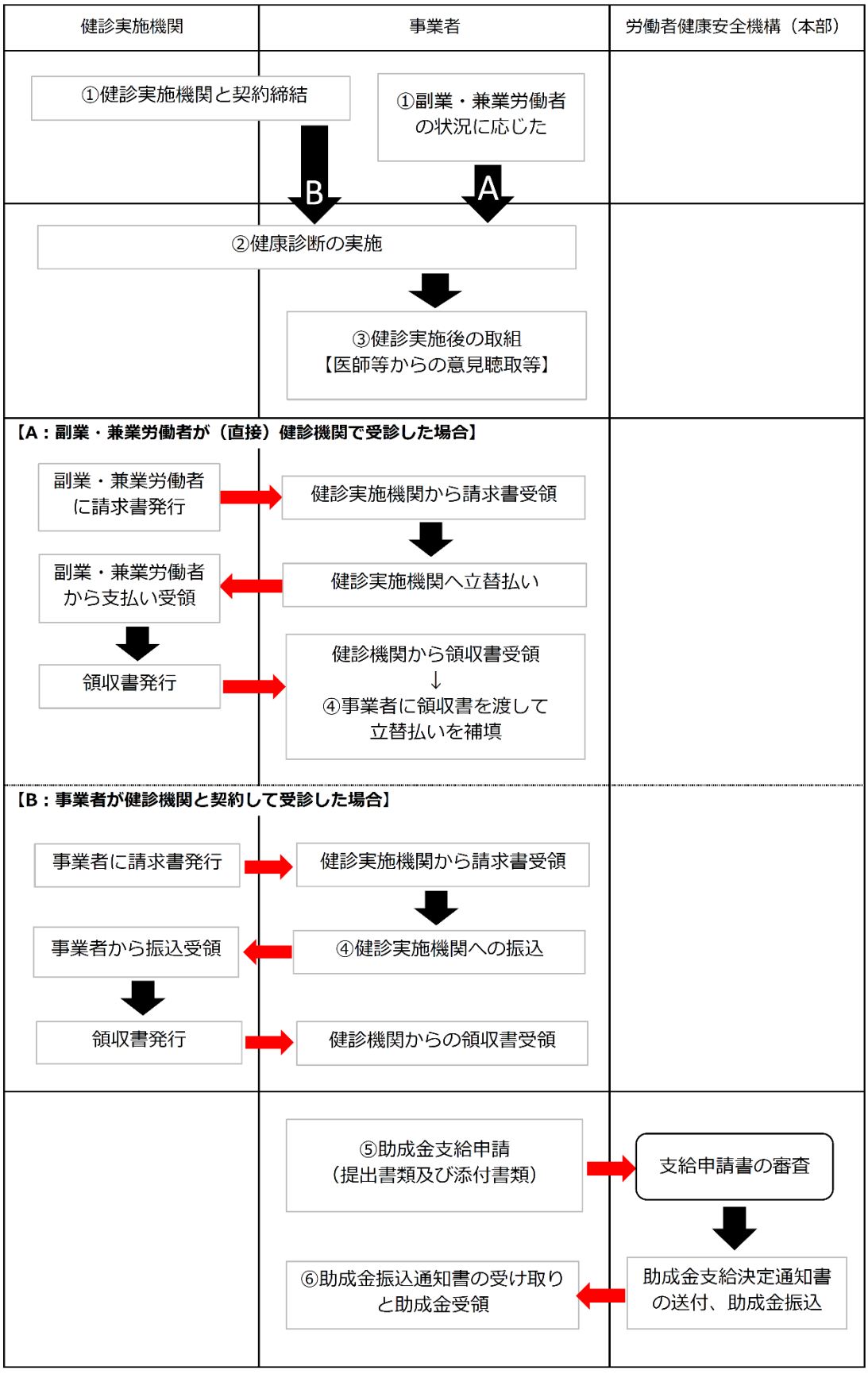
⑤　本助成金支給申請

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。

⑥　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


健診実施機関
事業者
労働者健康安全機構（本部）
①健診実施機関と契約締結
①副業・兼業労働者の状況に応じた
B
A
②健康診断の実施
③健診実施後の取組
【医師等からの意見聴取等】
【A：副業・兼業労働者が（直接）健診機関で受診した場合】
副業・兼業労働者に請求書発行
健診実施機関から請求書受領
副業・兼業労働者から支払い受領
健診実施機関へ立替払い
領収書発行
健診機関から領収書受領
↓
④事業者に領収書を渡して立替払いを補填
【B：事業者が健診機関と契約して受診した場合】
事業者に請求書発行
健診実施機関から請求書受領
事業者から振込受領
④健診実施機関への振込
領収書発行
健診機関からの領収書受領
⑤助成金支給申請
（提出書類及び添付書類）
支給申請書の審査
⑥助成金振込通知書の受け取りと助成金受領
助成金支給決定通知書の送付、助成金振込

2　提出書類及び添付書類

■提出書類

①　**「副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書」（様式第１号）**

■添付書類

①　**「副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書」（様式第２号）**

②　**一般健康診断実施者への支払の事実を明らかにする証拠書類（写）**
（一般健康診断実施者に支払った費用の領収書（写））

※　副業・兼業労働者が一般健康診断の費用を立て替えた場合は、次の証拠書類の両方が必要になります。

- 副業・兼業労働者が一般健康診断実施者に支払った費用の領収書（写）
- 副業・兼業労働者が立て替えた一般健康診断費用を、事業者が当該労働者に支出していることを証明する書類（写）

③　**一般健康診断の診断項目及び金額が明記された書類**

【A】副業・兼業労働者が（直接）健診機関で受診した場合
次の事項が記載されている、ホームページ等で公表されている料金表等の書類
・提供される一般健康診断に係る診断項目
・一般健康診断の実施に要する金額

【B】副業・兼業労働者が健診機関と事業者の契約に基づき受診した場合
次の事項が記載されている一般健康診断の実施者との契約書（写）
・提供される一般健康診断に係る診断項目と実施期間
・一般健康診断の実施に要する金額

④　**「副業・兼業に関する証明書」（様式第３号）及び副業・兼業労働者に関する次の書類（複数名分の費用を申請する場合は、該当人数分が必要です。）**

※　様式第３号に記載する「実労働時間」は、添付する「給与明細」等の書類上で労働時間の実績が確認できる時間を記載してください。

副業・兼業を行っている事実等を証明する書類（写）

（副業・兼業労働者が複数の事業場（申請する事業場を含む）で就業している事実及び実労働時間が確認できるもの）

例：「給与明細」や「出勤簿」等の書類

※　健診実施月及び前後１か月の３か月間のうち、いずれか１か月分を添付してください。

ただし「給与明細」の代わりに、自社の「副業・兼業に関する合意書」や他社の「労働条件（雇入）通知書」の提出でも差し支えありません。

⑤　**事業場の労働保険概算・確定保険料申告書（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」（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４号）**

⑨　**「副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請チェックリスト兼同意書」（様式第５号）**

⑩　**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時期と申請期間

取組の実施時期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時期】

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

※　様式第２号において、健診実施機関が一般健康診断を実施した日が、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、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、申請に関係す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/2069/Default.aspx

支給申請関係		
様式番号	様式名称	提出
第１号	副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書	○
第２号	副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書	○
第３号	副業・兼業に関する証明書	○
第４号	支給要件確認申立書	○
第５号	副業・兼業労働者の健康診断助成金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　副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書（様式第１号）

（様式第１号）

受付No. （記入不要）

令和　年度副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書

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	

下記のとおり実施しましたので、副業・兼業労働者健康診断助成金支給要領第４条に基づき、助成金の支給を申請します。

記

1　一般健康診断実施状況

実施人数　　人	１人あたり　　円	合計　　円

詳細は、別添様式第２号「副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書」のとおり。

2　助成金申請額

円

（上記１の合計金額。ただし１人当たり金額が 10,000 円を上回る場合は、10,000 円を上限として計上すること。）

（R4.4）

2　副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書（様式第２号）

（様式第２号）

副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

下記のとおり一般健康診断を実施しましたので、副業・兼業労働者の健康診断助成金支給要領第４条に基づき報告します。

記

１　一般健康診断を実施した事業場名

事業場名	

２　一般健康診断実施日及び実施人数（内訳、副業・兼業労働者の氏名等）

実施日 令和　　年　　月　　日 実施人数 人 実施者内訳（氏名及び年齢） （※実施人数が多数の場合、別紙（任意様式）に記載して本報告書添付のこと。） （例）１　労安　太郎（34 歳）

３　一般健康診断費用

合計額	円（税込）	１人当たり	円（税込）

令和　　年　　月　　日

健診実施機関

所在地

代表者氏名（役職・氏名）

問診実施医師（氏名）

（R4.4）

3　副業・兼業に関する証明書（様式第３号）

（様式第３号）

副業・兼業に関する証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

副業・兼業労働者の健康診断助成金支給要領第４条に基づき、下記の対象労働者について資料（※）を添えて証明します。

記

１　副業・兼業労働者

事業場 / 氏名	①事業場名（一般健康診断を実施した事業場）	②事業場名	③事業場名	④事業場名	⑤事業場名
	実労働時間／所定労働時間(※)	実労働時間／所定労働時間(※)	実労働時間／所定労働時間(※)	実労働時間／所定労働時間(※)	実労働時間／所定労働時間(※)
	／	／	／	／	／
	／	／	／	／	／
	／	／	／	／	／
	／	／	／	／	／
	／	／	／	／	／

※　副業・兼業労働者の１週間当たりの実労働時間数（時間外労働時間含）と１週間当たりの所定労働時間数を記載のこと。

２　資料　別添のとおり（※）

（※　資料は「実労働時間」を確認できる書類（例：給与明細やタイムカードの写し））

令和　　年　　月　　日

所在地

名　称

代表者氏名（役職・氏名）

（R4.4）

4　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　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）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）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）

5　副業・兼業労働者の健康診断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）

副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請チェックリスト兼同意書

提出書類		
1	□	副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請書（様式第１号）
	□	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　労働保険の適用事業者であること。 b　次の要件を満たす副業・兼業労働者に対して事業者負担で一般健康診断を受診させている、あるいは自発的に一般健康診断を受診した当該労働者に対して健康診断の費用を負担していること。 ○　本業や副業を問わず、雇用されている全ての事業場において１週間の労働時間数が当該事業場における同種の業務に従事する通常の労働者の一週間の所定労働時間数の４分の３未満の労働者 c　健診実施機関が事業者として申請を行う場合は、自社以外で一般健康診断の実施等を行わせていること。
	□	「１　助成金申請額」が税込み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を計上してください。 事業者の記名があることを確認してください。
添付書類		
2	□	副業・兼業労働者に対する一般健康診断実施報告書（様式第2号） 次の事項が記載されていることを確認してください。 a　一般健康診断を実施した事業場名 b　一般健康診断の実施日 c　一般健康診断を実施した人数 d　一般健康診断を実施した人数の内訳（氏名と年齢） e　一般健康診断の費用が、様式第1号の「1　一般健康診断実施状況」と同額であること。 f　健診実施機関の押印があること。 g　問診実施医師の氏名が記載されていること。
3	□	一般健康診断実施者への支払の事実を明らかにする証拠書類（写） （一般健康診断実施者に支払った費用の領収書（写）） ※　副業・兼業労働者が一般健康診断の費用を立て替えた場合は、次の証拠書類の両方が必要になります。 ・ 副業・兼業労働者が一般健康診断実施者に支払った費用の領収書（写） ・ 副業・兼業労働者が立て替えた一般健康診断費用を、事業者が当該労働者に支出していることを証明する書類（写）
4	□	一般健康診断の診断項目及び金額が明記された書類 【A】副業・兼業労働者が（直接）健診機関で受診した場合 次の事項が記載されている、ホームページ等で公表されている料金表等の書類 ・ 提供される一般健康診断に係る診断項目 ・ 一般健康診断の実施に要する金額 【B】副業・兼業労働者が健診機関と事業者の契約に基づき受診した場合 次の事項が記載されている一般健康診断の実施者との契約書（写） ・ 提供される一般健康診断に係る診断項目と実施期間 ・ 一般健康診断の実施に要する金額

5	□	副業・兼業に関する証明書（様式第3号）
		事業者の記名があることを確認してください。
		副業・兼業労働者に関する次のすべての書類が添付されていることを確認してください。 副業・兼業を行っている事実を証明する書類 （本業及び副業の事業場の労働時間が分かるタイムカード等の記録）
	□	副業・兼業労働者の１週間の実労働時間が、当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の１週間の所定労働時間の４分の３未満であることを確認してください。
6	□	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	□	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。**
8	□	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してください。
9	□	支給要件確認申立書（様式第4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	□	返信用封筒（長形３号封筒）
		切手は不要です。

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

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