

# 令和4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。

労働者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。

「ストレスチェック」実施促進のための助成金（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/>

## ◆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」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 号に規定する「事業を行う者で、労働者を使用するもの」をいう。

### ■ 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

### ■ 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 項に規定する「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 項に規定する「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 項に規定する「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 号に規定する「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。

■ 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えられたこと。

■ 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 .....	- 3 -
5 助成金額 .....	- 3 -
II 支給申請手続き等について .....	- 4 -
1 手続きの流れ .....	- 4 -
2 提出書類及び添付書類（事業場ごとの申請） .....	- 6 -
2-2 提出書類及び添付書類（本社等一括契約による申請） .....	- 8 -
3 対象となる取組の実施時期と申請期間 .....	- 9 -
4 申請方法等 .....	- 10 -
5 提出先 .....	- 11 -
6 審査結果の通知及び支給方法 .....	- 11 -
7 証拠書類等の保管 .....	- 12 -
8 不正受給 .....	- 12 -
III 様式一覧 .....	- 13 -
1 ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号） .....	- 14 -
2 ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1-2号） .....	- 16 -
3 ストレスチェック実施報告書（様式第2号） .....	- 18 -
4 ストレスチェック実施報告書（様式第2-2号） .....	- 20 -
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） .....	- 22 -
6 中小事業主証明書（様式第4号） .....	- 24 -
7 支給要件確認申立書（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6号）	- 26 -
9	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6-2号）	- 28 -
10	ストレスチェックに係る医師との契約書（例1）	- 30 -
11	ストレスチェックに係る医師との契約書（例2）	- 31 -
12	ストレスチェックに係る医師との契約書（例3）	- 32 -
13	ストレスチェックに係る医師との契約書（例4）	- 33 -
14	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）	- 34 -
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 本助成金の概要

派遣労働者を含めて労働者数 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。



#### 本社等一括契約による申請について

本助成金は、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。
- 管轄事業場の本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。

#### ◆事業者・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 常時使用する労働者が派遣労働者を含めて 50 人未満の事業場であること。

### 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 27 年 5 月 19 日付け要領第 9 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 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

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◆
<b>(1) ストレスチェックの実施</b>	<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。
<b>(2) ストレスチェックに係る医師による活動（※1）</b>	<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。	労働者1人につき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。

## 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。

#### 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、労働者への説明・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、労働者へ結果を通知する。

#### 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、労働者からの申出に対して面接指導などを行う。

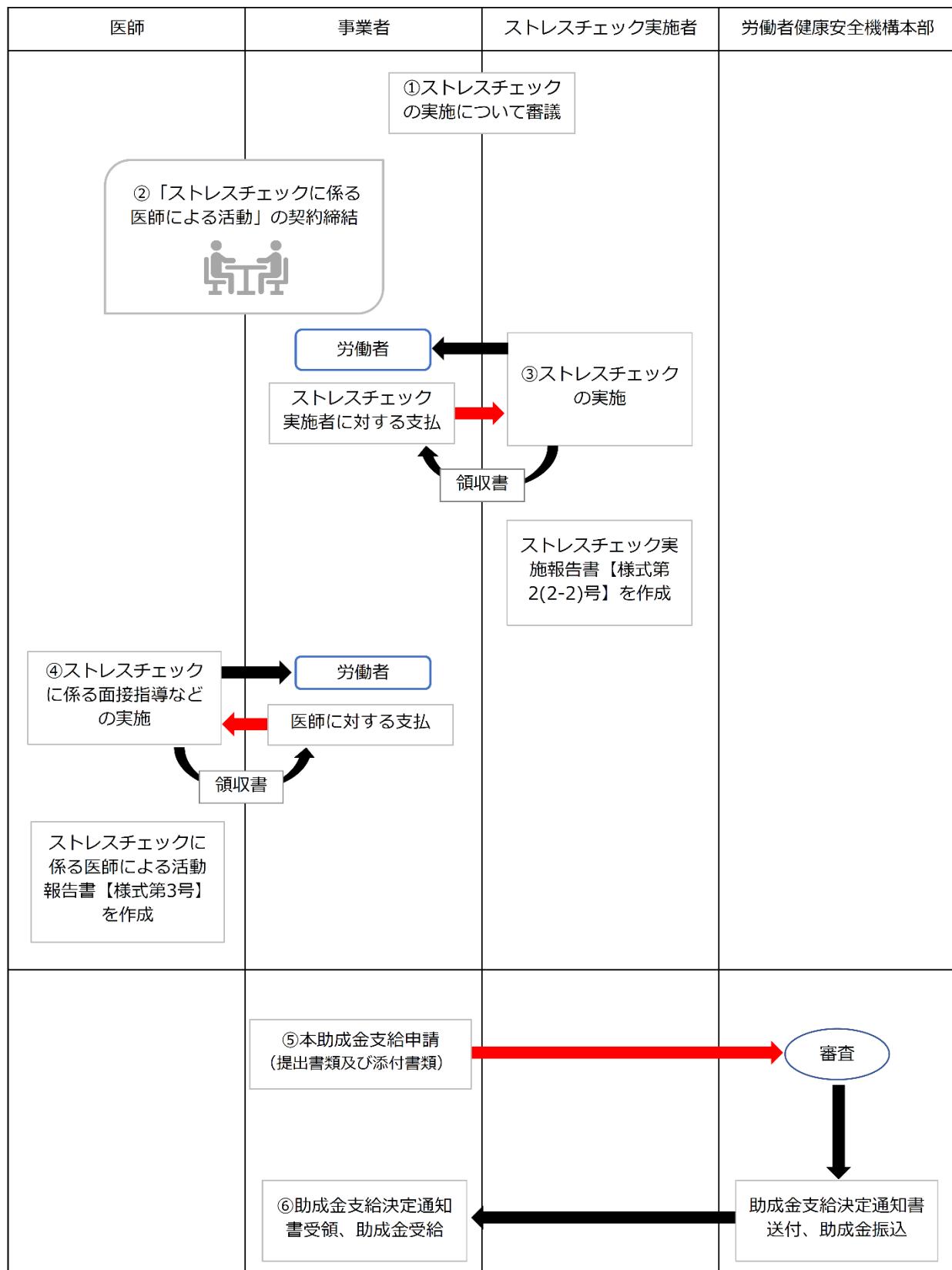
#### ⑤ 助成金支給申請

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、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、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（事業場ごとの申請）

---

### ■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。

- 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。

- ⑧ 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」（写）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）

**⑪ 「中小事業主証明書」（様式第4号）**

**⑫ 「支給要件確認申立書」（様式第5号）**

**⑬ 「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6号）**

**⑭ 事業場宛ての返信用封筒（長形3号封筒（切手不要））**

## 2-2 提出書類及び添付書類（本社等一括契約による申請）

### ■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。

※ 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 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」（写）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）

※ 事業場ごとに本助成金振込口座が異なる場合は一括申請できません。

**⑪ 「中小事業主証明書」（様式第4号）**

**⑫ 「支給要件確認申立書」（様式第5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。

**⑬ 「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6-2号）**

**⑭ 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（様式第2-2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①又は②のいずれか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）をお願いします。
- 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7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9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、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してご利用ください。

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tqid/2051/Default.aspx>

支給申請関係		
様式番号	様式名称	提出
第 1 号	ストレスチェック助成金支給申請書	<input type="radio"/>
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）	<input type="radio"/>
第 2 号	ストレスチェック実施報告書	<input type="radio"/>
第 2-2 号	ストレスチェック実施報告書（本社等一括契約）	<input type="radio"/>
第 3 号	ストレスチェックに係る医師による活動報告書	<input type="triangle"/>
第 4 号	中小事業主証明書	<input type="radio"/>
第 5 号	支給要件確認申立書	<input type="radio"/>
第 6 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	<input type="radio"/>
第 6-2 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)	<input type="radio"/>
-	ストレスチェックに係る医師との契約書（例）	<input type="radio"/>
-	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）	<input type="triangle"/>

- ・ 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 助成金申請金額

円（上記1の計+2の計）

(R4.4)

## 記載例

(様式第1号)

受付No.  
(記入不要)

### 令和4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4年 11月 7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	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 氏名	ロウアン 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

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。

記成上限は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 助成金申請金額

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

(R4.4)

## 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）

(R4.4)

## 記載例

(様式第1-2号)

受付No.  
(記入不要)

### 令和4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4年11月7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		
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。

記

助成上限は1人あたり 500円

#### 1 ストレスチェック実施状況

実施人数	105人	1人当たり	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回あたり 21,500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。

#### 3 助成金申請額

$$\begin{aligned} \textcircled{1} & 105 \text{人} \times 500 \text{円} = 52,500 \text{円} \\ \textcircled{2} & 5 \text{回} \times 21,500 \text{円} = 107,500 \text{円} \end{aligned}$$

160,000円（上記1の計+2の計）

(R4.4)

### 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

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

(R4.4)

## 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 4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 4年 9月 16日

実施機関

医療法人産保健会

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

(R4.4)

#### 4 ストレスチェック実施報告書（様式第2-2号）

(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）

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

※ 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

## 実施機関

## 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

記載例

(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）

## 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

※ 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を追加しても構わぬこと。

令和 4年 9月 26日

実施機関 医療法人 産保健会

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

(R4,4)

## 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 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 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 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

(R4.4)

## 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 4年 9月 12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 4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 ( 2 人)
3回目 実施日	令和 4年 9月 21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 4年 9月 26日

医師氏名

中原 二郎

(R4.4)

## 6 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）

## 7 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

#### ◆ 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)

## 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6号）

（様式第6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	
	<input type="checkbox"/> <b>ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号）</b> 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 中小事業主であること。 d 常時使用する労働者が派遣労働者を含めて50人未満であること。 e ストレスチェックの実施者が決まっていること。 f 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。 g 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	<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"/> <b>医師との契約書（写）</b> 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い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>
3	<input type="checkbox"/> <b>医師であることを証明する書類（写）</b> 医師の資格証明（医師免許証等）の写しを添付してください。
4	<input type="checkbox"/> <b>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）</b> 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"/> <b>ストレスチェック実施報告書（様式第2号）</b> 「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"/> <b>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）</b> 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。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。

	<input type="checkbox"/>	<b>ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）</b>
7		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。 <u>※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。</u>
8	<input type="checkbox"/>	<b>医師へ支払った費用の領収書（写）</b>
		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つた場合は提出の必要はありません。 <u>※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。</u>
9	<input type="checkbox"/>	<b>事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写）</b>
		※ 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。
10	<input type="checkbox"/>	<b>労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】</b>
		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。
11	<input type="checkbox"/>	<b>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）</b>
		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。 <u>※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。</u>
12	<input type="checkbox"/>	<b>中小事業主証明書（様式第4号）</b>
		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"/>	<b>支給要件確認申立書（様式第5号）</b>
		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。
14	<input type="checkbox"/>	<b>返信用封筒（長形3号封筒）</b>
		切手は不要です。

### 同 意 書

- ・ 上記1～14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

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)

## 9 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6-2号）

（様式第6-2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"/> <b>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）</b> 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 中小企業主であること。 d 常時使用する労働者が派遣労働者を含めて50人未満であること。 e ストレスチェックの実施者が決まっていること。 f 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。 g 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"/> <b>医師との契約書（写）</b> 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 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。 ※2 実施医師の氏名が明記されていることが必要です。 ※3 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。
3	<input type="checkbox"/> <b>医師であることを証明する書類（写）</b> 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"/> <b>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）</b> 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"/> <b>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）</b> 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"/> <b>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）</b> 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。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。 ※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。

	<input type="checkbox"/>	<b>ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）</b>
7	<input type="checkbox"/>	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。 <u>※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。</u>
8	<input type="checkbox"/>	<b>医師へ支払った費用の領収書（写）</b>
	<input type="checkbox"/>	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。 <u>※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。</u>
9	<input type="checkbox"/>	<b>事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写）</b>
	<input type="checkbox"/>	※ 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。
10	<input type="checkbox"/>	<b>労働保険料一括納付に係る証明書</b>
	<input type="checkbox"/>	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。
11	<input type="checkbox"/>	<b>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）</b>
	<input type="checkbox"/>	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。 <u>※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。</u> <u>※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。</u>
12	<input type="checkbox"/>	<b>中小事業主証明書（様式第4号）</b>
	<input type="checkbox"/>	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"/>	<b>支給要件確認申立書（様式第5号）</b>
	<input type="checkbox"/>	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。
14	<input type="checkbox"/>	<b>返信用封筒（長形3号封筒）</b>
	<input type="checkbox"/>	切手は不要です。

### 同 意 書

- ・ 上記1～14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

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)

## 10 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。

## 11 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。

## 12 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。

## 13 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、〇△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。

## 14 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.	郵便番号	住 所	事 業 場 名	人 数
				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ぬこと。

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

代表者氏名（役職・氏名）

(R4.4)

## **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/tqid/578/Default.aspx>