事業者の方へ

令和２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、費用の助成を受けることができる制度です。

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/

（R2.5）

◆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「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 ..... - 2 -
Ⅱ　支給申請手続き等について ..... - 3 -
1　手続きの流れ ..... - 3 -
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 ... - 5 -
3　審査結果の通知と助成金支給方法 ..... - 7 -
4　助成金に係る証拠書類等の保管 ..... - 7 -
5　不正受給 ..... - 7 -
Ⅲ　様式一覧 ..... - 8 -
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） ... - 9 -
2　産業医活動実績報告書（様式第２号） ..... - 11 -
3　支給要件確認申立書（様式第３号） ..... - 13 -
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） ..... - 15 -
5　労働保険料一括納付に係る証明書 ..... - 17 -
Ⅳ　全国の産業保健総合支援センター一覧 ..... - 18 -

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10万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

令和元年11月～令和3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）の初月が令和元年11月以降、最終月が令和3年3月以前である必要があります。

7　申請期間

令和2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。

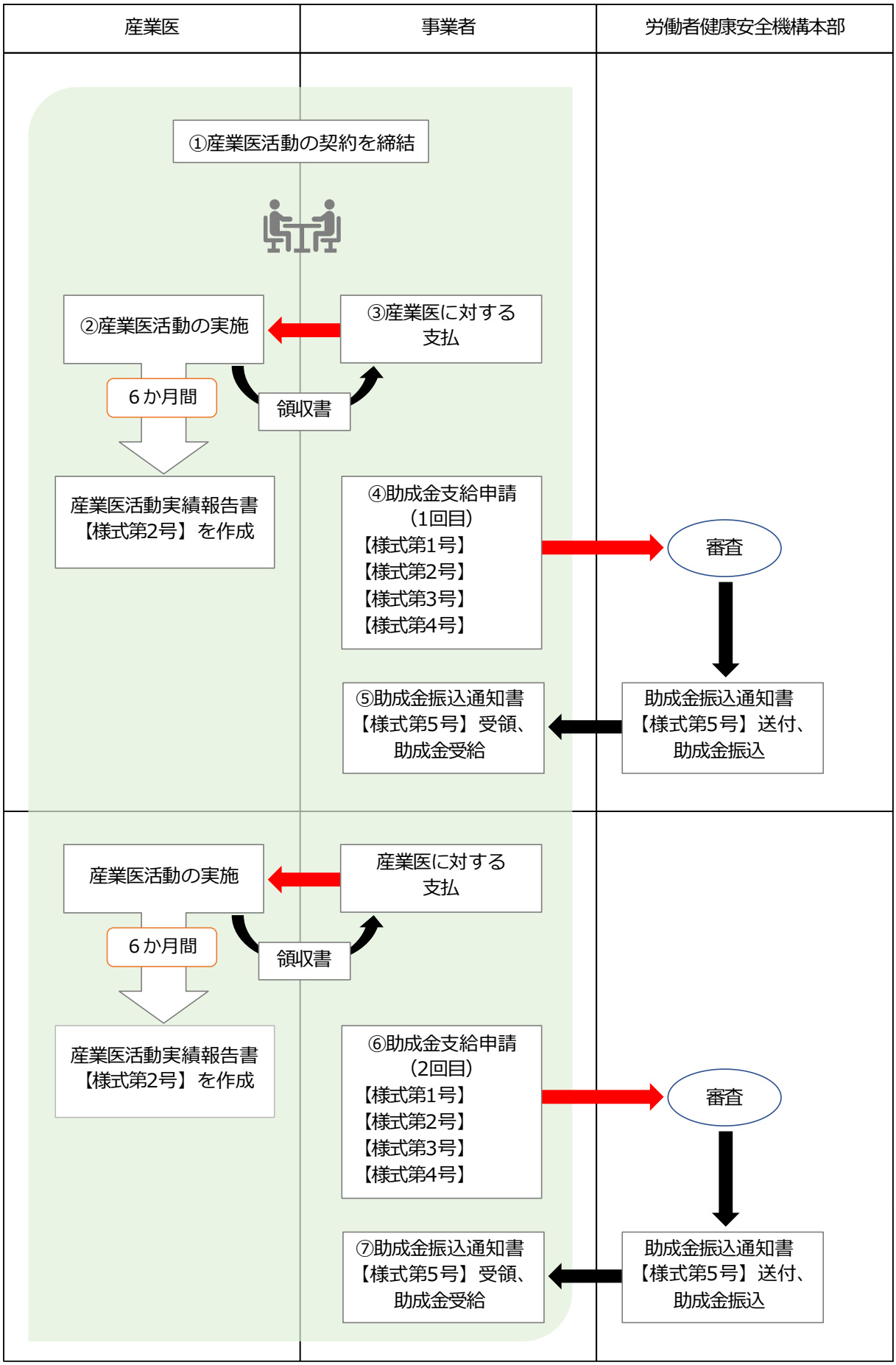
⑥ 小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請（２回目）

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が届き、助成金が振込まれる。

フローチャート


産業医
事業者
労働者健康安全機構本部
①産業医活動の契約を締結
②産業医活動の実施
③産業医に対する支払
6か月間
領収書
産業医活動実績報告書【様式第2号】を作成
④助成金支給申請（1回目）【様式第1号】【様式第2号】【様式第3号】【様式第4号】
審査
⑤助成金振込通知書【様式第5号】受領、助成金受給
助成金振込通知書【様式第5号】送付、助成金振込
産業医活動の実施
産業医に対する支払
6か月間
領収書
産業医活動実績報告書【様式第2号】を作成
⑥助成金支給申請（2回目）【様式第1号】【様式第2号】【様式第3号】【様式第4号】
審査
⑦助成金振込通知書【様式第5号】受領、助成金受給
助成金振込通知書【様式第5号】送付、助成金振込

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：「○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。

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（84 円切手貼付）

（２）取組の実施時期

令和元年 11 月～令和３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）の初月が令和元年 11 月以降、最終月が令和３年３月以前である必要があります。

（３）申請期間

令和２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】R1.11～R2.4→【申請期間】R2.5～R2.10

※ 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

５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/sangyouhoken/tabid/1702/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）

産

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

（※１０万円を上限）

（R2.4）

記　載　例

（様式第１号）

産

受付No.
（記入不要）

令和　2　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　2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　ロウアン (株)ろうあん　株式会社ろうあん印		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		

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　2　年　7　月　～　令和　2　年　12　月

2　産業医活動助成金（産業医コース）申請額

100,000　円

（※１０万円を上限）

（R2.4）

2　産業医活動実績報告書（様式第２号）

（様式第２号）

産

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	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（2回目） 令和　年　月　日	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（3回目） 令和　年　月　日	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（4回目） 令和　年　月　日	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（5回目） 令和　年　月　日	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（6回目） 令和　年　月　日	□職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □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　　㊞

（R1.5）

記　載　例

（様式第２号）

産

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2年7月6日	☑職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　☑長時間労働者の面談 ☑安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（2回目） 令和2年8月3日	☑職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 ☑安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（3回目） 令和2年9月7日	☑職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 ☑安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（4回目） 令和2年10月5日	☑職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　☑長時間労働者の面談 ☑安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（5回目） 令和2年11月2日	☑職場巡視　☑健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 □安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）
（6回目） 令和2年12月7日	☑職場巡視　□健診異常所見者に関する意見聴取　□長時間労働者の面談 ☑安全衛生委員会への参加　□健康講話・健康教育 □その他（　　）

※　実施した産業医活動にチェックすること。

令和　　2年　12月　　7日

産業医氏名　　中原　二郎　　中原 印

(R1.5)

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〇で囲んでください。）

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）

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」、「心の健康づくり計画助成金」、「職場環境改善計画助成金（事業場コース）」、「職場環境改善計画助成金（建設現場コース）」、「小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）」、「小規模事業場産業医活動助成金（保健師コース）」、「小規模事業場産業医活動助成金（直接健康相談環境整備コース）」、「治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）」、「治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）」及び「副業・兼業労働者の健康診断助成金」のこと。以下同じ。）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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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	□	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）
	□	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。
	□	「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	□	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
3	□	「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	□	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	□	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	□	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。**
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。**

次のページへ続きます。

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すること。
9	□	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、認定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
		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

(R2.4)

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）　　㊞

代表者

Ⅳ　全国の産業保健総合支援センター一覧

（令和２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