

# 令和2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。副業・兼業労働者については、その就労時間が標準的労働者に比べて短いことから、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、この助成金を設けています。

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制度です。

**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。**

**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

労働安全衛生法第66条に基づき事業者が労働者に対して実施しなければならない健康診断のこと。本助成金が対象とする健康診断は、「定期健康診断」で、常時使用する労働者に対して1年以内ごとに次の項目の検査を1回実施しなければならない。

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、 $\gamma$ -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 A 1 c）
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（オーディ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



## 目 次

I	制度の概要	- 1 -
1	助成金の概要	- 1 -
2	助成を受けるための事業場の要件	- 1 -
3	助成を受けるための取組等の要件	- 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	副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請	- 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	- 8 -
5	不正受給	- 8 -
III	様式一覧	- 8 -
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）	- 9 -
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）	- 10 -
3	副業・兼業に関する証明書（様式第3号）	- 11 -
4	支給要件確認申立書（様式第7号）	- 12 -
5	助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第8号）	- 13 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 15 -

# I 制度の概要

## 1 助成金の概要

事業者が、副業・兼業労働者に対して一般定期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

申請前に、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◆

- ① 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のホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」で該当した事業場を適用事業場とみなしています。）

## 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一般健康診断を実施している、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。
  - a 40歳未満の労働者（一般健康診断を実施する日の属する年度に40歳の誕生日を迎える労働者を除く。）
  - b 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

---

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

---

## 6 取組の実施期間

---

令和 2 年 4 月 1 日から令和 3 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、上記期間中である必要があります。

---

## 7 申請期間

---

令和 2 年 5 月 29 日から令和 3 年 6 月 30 日まで（消印有効）

---

## 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。(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・兼業労働者が健康診断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①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り組み（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 健康診断実施機関に対する支払い

- ・ 副業・兼業労働者に健康診断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。
- ・ 事業主が健康診断実施機関に対して、契約に基づいて費用を支払い、領収書を受け取る。

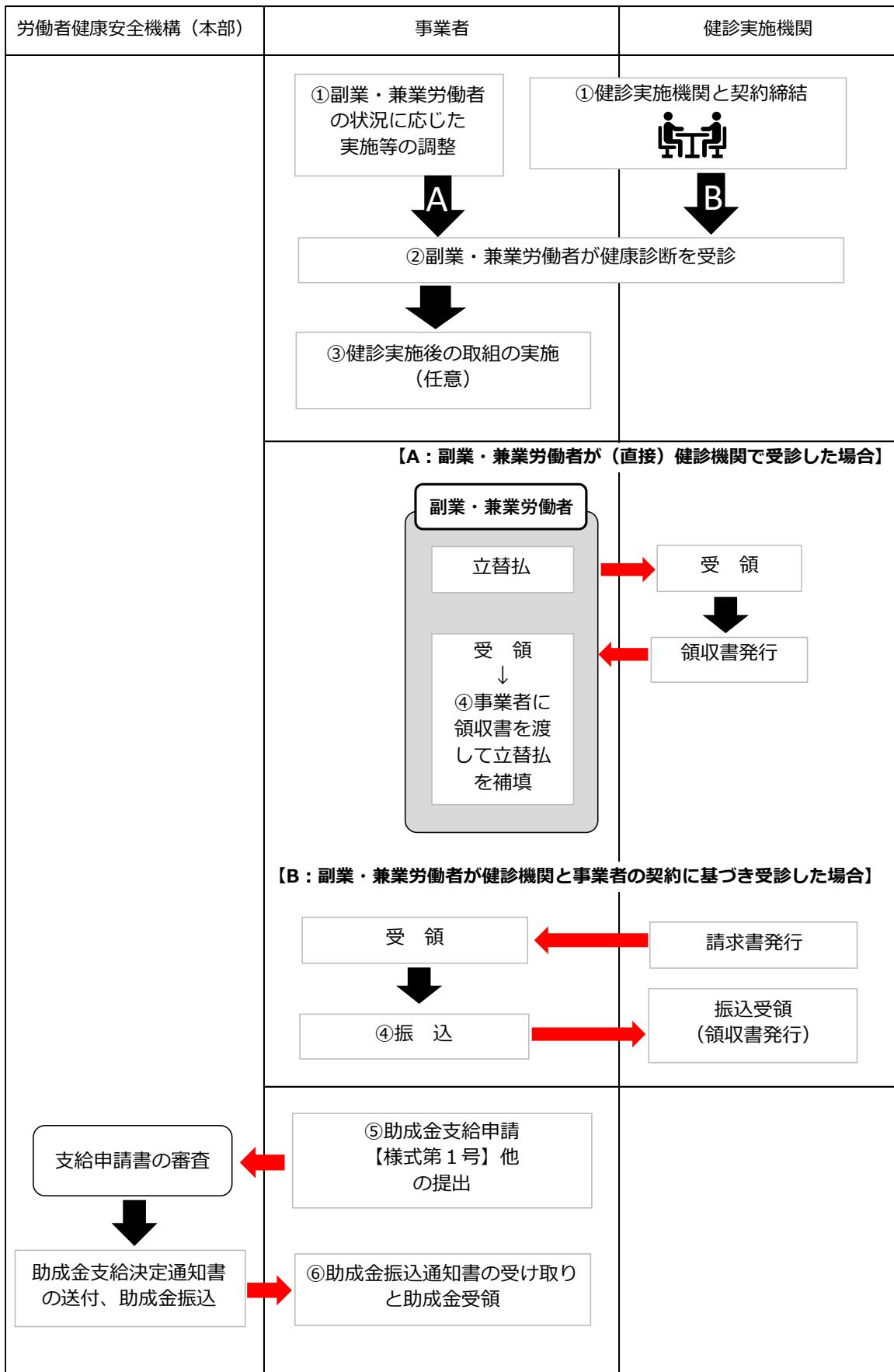
#### ⑤ 副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請

必要な書類を添えて、労働者健康安全機構へ助成金の支給申請を行う。

#### ⑥ 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



---

## 2 副業・兼業労働者の健康診断助成金支給申請

---

### (1) 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 一般健康診断実施機関の問診実施医師に係る医師免許 (写)

- ⑤ 「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。

- (ア) 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。

- (イ) 40歳未満であることを証明する書類（写）（生年月日が確認できるもの）

例：「運転免許証等」の公的証明書

※ 顔写真や住所、マイナンバー等、本助成金の申請に不要な個人情報は、黒く塗りつぶしてください。

- ⑥ 労働保険概算・確定保険料申告書等（写）

※ 労働保険概算・確定保険料申告書（写）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（写）」及び「事務組合の印が押印された納入通知書（写）」の2点を提出してください。

- ⑦ 支給要件確認申立書（様式第7号）

- ⑧ 「副業・兼業労働者健康診断助成金チェックリスト兼同意書」

（様式第8号）

- ⑨ 振込先の通帳（写）

（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）

- ⑩ 事業場宛ての返信用封筒（84円切手貼付）

(2) 取組の実施期間

**令和2年4月1日から令和3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、上記期間中である必要があります。

(3) 申請期間

**令和2年5月29日から令和3年6月30日まで（消印有効）**

※ 申請期間中でも助成金支給申請の受付を終了する事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) 審査結果の通知

5頁の「4 副業・兼業労働者健康診断助成金支給申請」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4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5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者は、申請に係る書類につきまして、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、「助成金支給決定取消通知書」（様式第6号）を通知して、助成金を返還していただきます。

## Ⅲ 様式一覧

各様式は、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/1706/Default.aspx>

支給申請関係	
様式番号	様式名称
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7号	支給要件確認申立書
第8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

# 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人あたり金額が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。)

(R2.4)



## 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

印

所在地

代表者氏名（役職・氏名）

問診実施医師（氏名）

（R2.4）

### 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

印

代表者氏名（役職・氏名）

(R2.4)

## 4 支給要件確認申立書（様式第7号）

様式第7号

### 支給要件確認申立書

<p>◆ 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。)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5 倒産している。 (はい・いいえ)</p> <p>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)</p> <p>【はいの場合、その内容： _____】</p> <p>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)</p>
--

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 \_\_\_\_\_

## 5 助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第8号）

（様式第8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	<input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> 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。 <b>a 労働保険の適用事業者であること。</b> <b>b 40歳未満の副業・兼業労働者に対して一般健康診断を実施した事業者であること。</b> <b>c 一般健康診断の実施等を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。</b>
	<input type="checkbox"/> 「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。
	<input type="checkbox"/> 事業者の記名押印があることを確認してください。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 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。 <b>a 一般健康診断を実施した事業場名</b> <b>b 一般健康診断の実施日</b> <b>c 一般健康診断を実施した人数</b> <b>d 一般健康診断を実施した人数の内訳（氏名と年齢）</b> <b>e 一般健康診断を実施した者の年齢が40歳未満であること</b> <b>f 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</b> <b>g 健診実施機関の押印があること</b> <b>h 問診実施医師の氏名が記載されていること</b>
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 一般健康診断の診断項目及び金額が明記された書類 <b>【A】 副業・兼業労働者が（直接）健診機関で受診した場合</b> 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>【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</b> 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	<input type="checkbox"/> 一般健康診断実施機関の問診実施医師に係る医師免許の写し

次のページへ続きます。

6	<input type="checkbox"/>	<b>副業・兼業に関する証明書（様式第3号）</b>
		事業者の記名押印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。 ア 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） イ 健康診断を実施した日を含む年度中に40歳に到達しないことを証明する書類 （※生年月日が確認できるもの）
	<input type="checkbox"/>	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。
7	<input type="checkbox"/>	<b>労働保険概算・確定保険料申告書等（写）</b>
		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。 <b>※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。</b>
8	<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。 <b>※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。</b>
9	<input type="checkbox"/>	<b>支給要件確認申立書（副業・兼業労働者の健康診断助成金）（様式第7号）</b>
		記載に当たっての留意点の内容を了解したうえで、記載漏れのないよう回答すること
10	<input type="checkbox"/>	<b>返信用封筒</b>
		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)

## 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>