

(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。 a 労働保険の適用事業者であること。 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。 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。
	<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。 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 一般健康診断を実施した者の年齢が40歳未満であること 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 g 健診実施機関の押印があること h 問診実施医師の氏名が記載されていること
	<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 【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
	<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

6	<input type="checkbox"/>	副業・兼業に関する証明書（様式第3号） 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"/>	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。
	<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。 ※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（副業・兼業労働者の健康診断助成金）（様式第7号） 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"/>	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