

令和3年度版 「事業場における労働者の 健康保持増進計画助成金」の手引

労働者の健康を保持増進するためには、健康障害を防止するだけでなく、労働生活の全期間を通じて継続的かつ計画的に心身両面にわたる積極的な健康保持増進対策を推進することが必要とされています。このため、事業者は、各事業場の実態に即した健康保持増進対策の中で、運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、口腔保健指導、保健指導等の取り組みを実施していく必要があります。

この「事業場における労働者の健康保持増進計画助成金」（以下「健康保持増進計画助成金」という。）は、事業者の方が「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（昭和63年9月1日 健康保持増進のための指針公示第1号）で示す基本事項に沿って、上記の措置を実施した場合に費用の助成を受ける事ができる制度です。

労働者の健康の保持増進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◆

- 提出書類及び添付書類（以下「申請書類」という。）の記入に当たっては「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。また、送付前には、必ず「提出書類等の注意点」や「Q&A」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。
- 申請書類について、正式に申請いただく前に電話等による事前審査は実施していません。
- 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。
- 助成金の支給申請から、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していません。

用語の説明

■ 健康保持増進対策

労働安全衛生法第 69 条第 1 項に基づく事業場において事業者が講ずるよう努めるべき労働者の健康の保持増進のための措置を継続的かつ計画的に講ずるための、方針の表明から計画の策定、実施、評価等の一連の取組全体をいう。

■ 健康保持増進方針

事業場における労働者の健康の保持増進を図るための基本的な考え方を示すために事業者が表明するものをいう。

■ 推進体制の確立

事業場内の推進スタッフとして事業場内産業保健スタッフや人事労務管理スタッフ等（※）を活用することや、事業場外資源等を活用し、健康保持増進対策の実施体制を整備し、確立することをいう。

※事業場内の推進スタッフの例

産業医等 → 産業医その他労働者の健康保持等を行うのに必要な知識を有する医師のこと。

衛生管理者等 → 衛生管理者、衛生推進者及び安全衛生推進者のこと。

■事業場外資源

事業場外で健康保持増進に関する支援を行う外部機関（労働衛生機関、中央労働災害防止協会、スポーツクラブ等（※）、医療保険者、地域資源（地域の医師会や歯科医師会、地方公共団体等）及び産業保健総合支援センターをいう。

（ただし、事業場外資源を活用する場合は、健康保持増進対策に関するサービスが適切に実施できる体制や、情報管理が適切に行われる体制が整備されているか等について、事前に確認すること。）

（※）「スポーツクラブ等」とは次の外部機関を指す。

・フィットネスクラブ

室内プール、トレーニングジム、スタジオなどの運動施設を有し、インストラクター、トレーナーなどの指導員を配置し、会員にスポーツ、体力向上などのトレーニング機会を提供するものをいう。（ただし、指導員がおらず、会員が自分でトレーニングを行うスポーツジムなどは、含まれない。）

・総合型地域スポーツクラブ

スポーツ庁が所管する組織で、全国の各地域において、スポーツの振興やスポーツを通じた地域づくりなどに向けた多様な活動を展開し、地域住民により、自主的・主体的に運営されるスポーツクラブのことをいう。

■健康保持増進目標の設定

事業者は、健康保持増進方針に基づき、把握した課題や過去の目標の達成状況を踏まえ、健康保持増進目標を設定し、当該目標において一定期間に達成すべき到達点を明らかにすることをいう。

■ 健康保持増進措置

労働安全衛生法第 69 条第 1 項の事業者が講ずるよう努めるべき健康の保持増進のための措置をいう。

■ 健康保持増進計画

事業者が、健康保持増進目標を達成するために、具体的な実施事項、日程等について定めるものであり、I の 3 ④に示す事項を含むものをいう。

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者の要件	- 1 -
3	助成金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	取組期間	- 2 -
7	申請期間	- 2 -
8	提出先	- 3 -
II	支給申請手続き等について	- 5 -
1	手続きの流れ	- 5 -
2	健康保持増進計画助成金支給申請書支給申請	- 7 -
3	審査結果の通知と助成金支給方法	- 10 -
4	助成金に係る証拠書類等の保管	- 10 -
5	不正受給	- 10 -
III	様式一覧	- 12 -
1	健康保持増進計画助成金支給申請書（様式第1号）	- 13 -
2	健康保持増進計画（様式第2号）	- 15 -
3	実施報告書（様式第3号）	- 16 -
4	支給要件確認申立書（様式第4号）	- 17 -
5	健康保持増進計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第5号）	- 19 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（昭和 63 年 9 月 1 日 健康保持増進のための指針公示第 1 号）で示す基本事項に沿って、事業者が健康保持増進措置を実施した場合に、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者の要件

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。

◆事業者の要件◆

- ① 労働者を雇用している法人・個人事業主であること。
- ② 労働保険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」におい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等の要件

次の取組を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 次の全ての事項が記載された健康保持増進計画を作成すること。
ただし、(4) は申請する措置が「研修等」の場合に限る。
 - (1) 健康保持増進措置の内容及び実施時期に関する事項
 - (2) 健康保持増進計画の期間に関する事項
 - (3) 健康保持増進計画の実施状況の評価及び計画の見直しに関する事項
 - (4) 研修受講者が携わった措置 (※)
(※) 例：受講した研修名及び研修内容
- ② 事業者は、作成した健康保持増進計画に基づき、労働者に対する「健康測定」又は「健康指導」、事業場内の推進スタッフに対する「研修等」のいずれかの措置を実施すること。

4 助成対象

前述3の「健康測定」、「健康指導」及び「研修等」のいずれかの措置の実施費用を助成します。ただし、保険診療や法令で実施することが義務付けられている場合や、作成した健康保持増進計画の内容

(「健康測定」、「健康指導」及び「研修等」)について、他の助成金等を申請・受給している場合は、助成対象となりません。

なお、事業場外資源としてスポーツクラブ等を活用する場合は「労働者に対する健康づくりのための運動指導」と「事業場内の推進スタッフに対する健康づくりのための研修」のみが助成対象となります。

5 助成金額

1事業場当たり10万円を上限に、将来にわたり1回限り助成されます。

6 取組期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

※ 申請する措置（「健康測定」、「健康指導」及び「研修等」）のいずれかの実施日が、上記期間内である必要があります。

7 申請期間

令和3年6月11日から令和4年6月30日まで

※ 申請する措置の実施日から3か月以内に申請してください。

ただし、2種類以上の措置を申請する場合は、最後に措置を実施した日から3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。

(なお、取組に当たっては、厚生労働省「職場における心とからだの健康づくりのための手引き」(令和3年3月)を参照いただくことが望ましいです。)

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000747964.pdf>)

①健康保持増進計画の作成

事業者は、健康保持増進目標を達成するため、健康保持増進計画を作成する。

②健康保持増進計画の実施

事業者は、作成した健康保持増進計画に基づき、労働者に対する「健康測定」又は「健康指導」、事業場内の推進スタッフに対する「研修等」のいずれかの措置を実施。

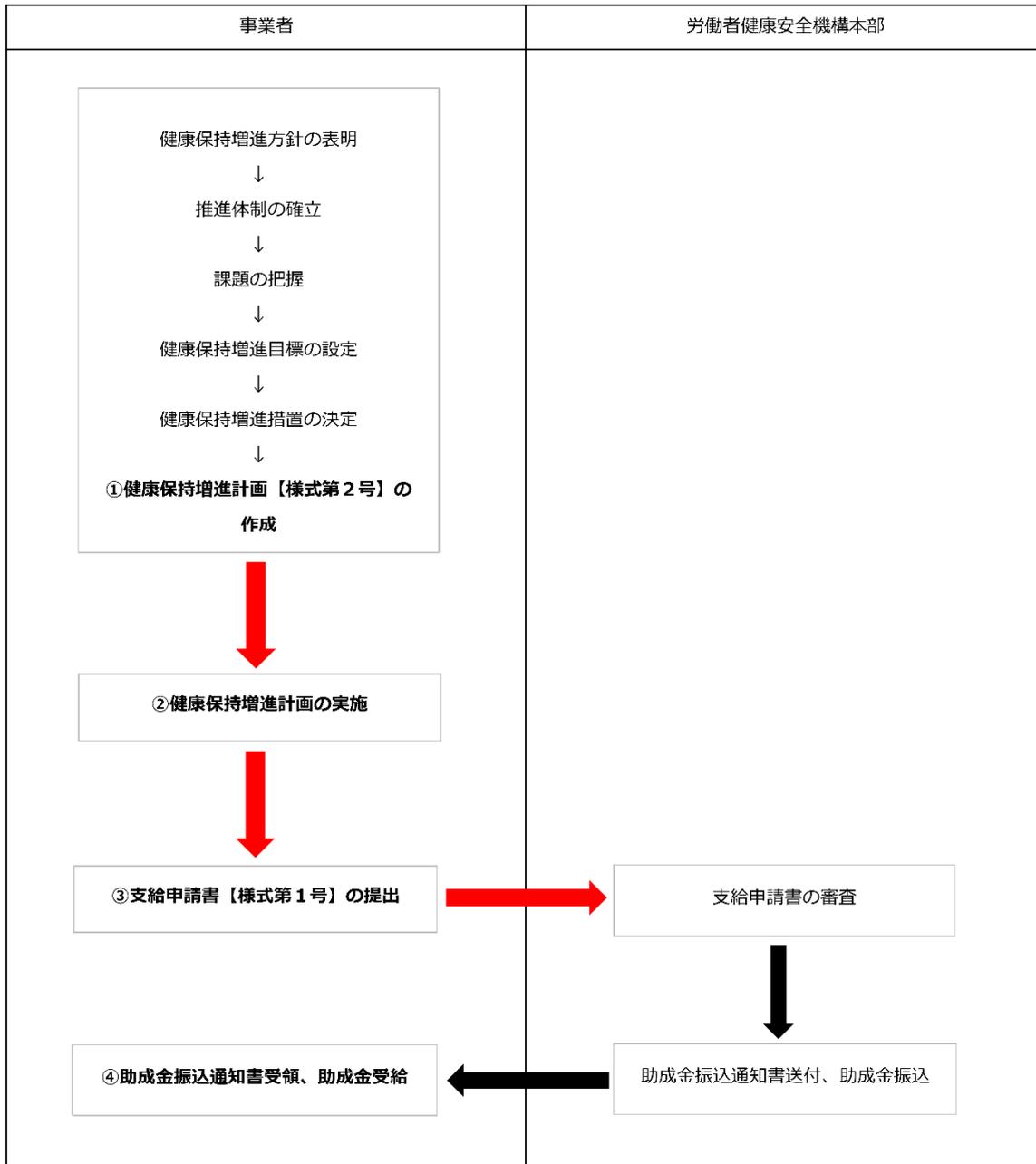
③支給申請書の提出

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提出する。

④助成金振込通知書受領、助成金受給

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 健康保持増進計画助成金支給申請書

(1) 提出書類及び添付書類

■ 提出書類

- ① 「健康保持増進計画助成金支給申請書」 (様式第1号)

■ 添付書類

- ① 「健康保持増進計画」 (様式第2号)

- ② 「実施報告書」 (様式第3号)

- ③ ・支給申請する措置が「健康指導」で、実施した者が医師、歯科医師、保健師等の健康保持増進に関わる知見を有する国家資格所持者の場合、**当該国家資格を証明できる書類 (写)**
- ・支給申請する措置が「研修等」の場合、**研修等を実施する際に作成した研修等開催に係る案内及び研修等で使用した資料**
- ・支給申請する措置が「健康指導」・「研修等」で、スポーツクラブ等を活用した場合、規約・会則・定款等、当該組織の運営について定めた書類

- ④ **健康保持増進計画の実施に当たり、事業者が発生した費用を負担していることを証明する書類 (領収書 (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。

※支給申請する措置が2種類以上の場合や同措置が2回以上行われた場合は、最後に措置を実施した日から3か月以内に申請してください。また、措置の金額がわかるように内訳を添付してください。

⑤ **労働保険概算・確定保険料申告書（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。

※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」の写しも併せて提出してください。

⑥ **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）

⑦ **「支給要件確認申立書」（様式第4号）**

⑧ **「健康保持増進計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書」
（様式第5号）**

⑨ **事業場宛ての返信用封筒（支給決定通知書返信用、長形3号封筒に84円切手貼付）**

（2）取組期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

※申請する措置（「健康測定」、「健康指導」及び「研修等」）のいずれかの実施日が、上記期間内である必要があります。

(3) 申請期間

令和3年6月11日から令和4年6月30日まで

※助成の対象とする措置の実施日から3か月以内に申請してください。

ただし、2種類以上の措置を申請する場合は、最後に措置を実施した日から3か月以内に申請してください。

※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) 審査結果の通知

「2 健康保持増進計画助成金支給申請」に記載の書類を提出後、内容が適当である場合は、「健康保持増進計画助成金支給決定通知書」（様式第6号）が送付されます。

また、内容が適当でない場合は、「健康保持増進計画助成金不支給決定通知書」（様式第7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）」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、「健康保持増進計画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、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/1969/Default.aspx>

支給申請関係	
様式番号	様式名称
第1号	健康保持増進計画助成金支給申請書
第2号	健康保持増進計画
第3号	実施報告書
第4号	支給要件確認申立書
第5号	健康保持増進計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書

1 健康保持増進計画助成金支給申請書（様式第1号）

（様式第1号）

受付No.
(記入不要)

健康保持増進計画助成金支給申請書

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

別紙「実施報告書」のとおり実施しましたので、事業場における労働者の健康保持増進計画助成金支給要領第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

1 支給申請する措置（負担した金額）

健康測定（	円）（税込）
健康指導（	円）（税込）
研修等（	円）（税込）

（添付書類④「領収書の写」の金額を確認してください。）

2 助成金申請金額

円（税込）（10万円未満の場合、実費となります。）

（10万円を上限として記入してください。）

(R3.4)

記 載 例

(様式第1号)

受付No.
(記入不要)

事業場における労働者の健康保持増進計画助成金
支給申請書

労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 3年 11月 4日

【請求者】

所在地	〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉1番1号		
フリガナ 名称	カブシキガイシャ ローアン (株)ろうあん		
代表者	役職 代表取締役	フリガナ 氏名	ローアン 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	

別紙「実施報告書」のとおり実施しましたので、事業場における労働者の健康保持増進計画助成金支給要領第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

1 支給申請する措置（負担した金額）

健康測定（	70,000 円）	（税込）
健康指導（	60,000 円）	（税込）
研修等（	— 円）	（税込）

（添付書類④「領収書の写」の金額を確認してください。）

2 助成金申請金額

100,000 円（税込）（10万円未満の場合、実費となります。）

（10万円を上限として記入してください。）

(R3.4)

2 健康保持増進計画（様式第2号）

（様式第2号）

健康保持増進計画（令和 年度）

計画の対象期間	
健康保持増進方針	
健康保持増進目標	
〈計画全体の目標〉	
〈措置別の目標〉	①
	②
	③

健康保持増進措置の内容	措置の評価方法	実施時期												備考		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
①																
②																
③																

健康保持増進計画の実施状況の評価及び計画の見直し	内容	評価の実施時期 ・実施場所
評価（中間）		
評価（年間）		
計画の見直し（計画案の提示）		
計画の見直し（計画の承認）		

(R3.4)

3 実施報告書（様式第3号）

(様式第3号)

実施報告書

1. 支給申請する 措置	<input type="checkbox"/> 健康測定 → <input type="checkbox"/> 健康測定（生活状況調査、医学的検査、運動機能検査等） <input type="checkbox"/> 歯科検診（歯科医師等を事業場に呼んで実施した場合、又は集団で実施した場合） <input type="checkbox"/> 健康指導 → <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> メンタルヘルスケア <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔保健 <input type="checkbox"/> 睡眠・喫煙・飲酒等の生活習慣 <input type="checkbox"/> 研修等 （※支給申請する措置が2種類以上の場合、該当するもの全てにチェックをすること。）
2. 措置実施内容等	<p>【健康測定】</p> <input type="checkbox"/> 法的義務のあるもの（定期健康診断等）、がん検診（市町村・健康推進法）、生活習慣病予防検診（協会けんぽ）は除きます。 <p>① 実施日：令和__年__月__日 ② 実施機関：(_____) ③ 支出額：(単価) _____ 円(税込) × _____ 人 = (計) _____ 円(税込)</p> <p>【健康指導】</p> <p>① 実施日：令和__年__月__日 ② 実施機関：(_____) ③ 実施内容（可能な限り、詳細に記載してください。） （例：労働者対象のセミナー等の場合、テーマ、講師名、内容、参加人数を記載）</p> <p>④ 支出額：(計) _____ 円(税込)</p> <p>【研修等】</p> <p>① 実施日：令和__年__月__日 ② 実施機関：(_____) ③ 受講対象者：(_____) ④ 実施内容（可能な限り、詳細に記載してください。） （例：推進スタッフ対象のセミナー等の場合、テーマ、講師名、内容、参加人数を記載）</p> <p>⑤ 支出額：(計) _____ 円(税込)</p> <p>（※支出額は領収書の額と一致すること。）</p>

(R3.4)

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

<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) （※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。）</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」等）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つては、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つては、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 _____

(R3.4)

5 健康保持増進計画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）

健康保持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"/> 健康保持増進計画助成金支給申請書（様式第1号）
	<input type="checkbox"/> 次の要件を全て満たしていることを確認してください。 a 労働保険適用事業者であること。 b 「健康保持増進計画」を作成した事業者であること。 c 作成した健康保持増進計画に基づき、労働者に対する「健康測定」又は「健康指導」、事業場内の推進スタッフに対する「研修等」のいずれかの措置を実施
	<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"/> 健康保持増進計画（様式第2号） 次の全てが明記されていることを確認してください。 <input type="checkbox"/> 計画期間 <input type="checkbox"/> 計画目標や実施状況に対する評価方法や時期 <input type="checkbox"/> 計画の見直しの方法や時期 <input type="checkbox"/> 健康保持増進措置の内容と目標 <input type="checkbox"/> 健康保持増進措置の準備、実行、評価時期 <input type="checkbox"/> 申請する措置が「研修等」の場合、研修受講者が携わった措置が明記されている。
	<input type="checkbox"/> 実施報告書（様式第3号）※支給申請する措置別に確認してください。 <input type="checkbox"/> 「健康測定」の場合、次の全ての項目を満たしている。 <input type="checkbox"/> 労働者に対する健康測定である。 <input type="checkbox"/> 法的義務のもの（定期健康診断等）ではない。 <input type="checkbox"/> がん検診（市町村・健康増進法）ではない。 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診（協会けんぽ）ではない。 <input type="checkbox"/> 集団で実施している。（治療ではない。） <input type="checkbox"/> 「健康指導」の場合、次の項目を満たしている。 <input type="checkbox"/> 労働者に対する健康指導である。 <input type="checkbox"/> 次のいずれかが実施している。 <input type="checkbox"/> 医師、歯科医師、保健師等、健康保持増進に関わる知見を有する国家資格所持者 <input type="checkbox"/> （上記の国家資格所持者の場合、当該国家資格を証明できる書類（写）） <input type="checkbox"/> 労働衛生機関 <input type="checkbox"/> 中央労働災害防止協会 <input type="checkbox"/> スポーツクラブ等 <input type="checkbox"/> フィットネスクラブ <input type="checkbox"/> 総合型地域スポーツクラブ <input type="checkbox"/> （スポーツクラブ等の場合、規約・会則・定款等、当該組織の運営について定めた書類） <input type="checkbox"/> 地域の医師会や歯科医師会 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 「研修等」の場合、次の項目を満たしている。 <input type="checkbox"/> 次のいずれかの者に対する研修である。 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 衛生推進者・安全衛生推進者 <input type="checkbox"/> 人事労務管理スタッフ <input type="checkbox"/> 運動指導者 <input type="checkbox"/> 運動実践担当者 <input type="checkbox"/> 心理相談担当者 <input type="checkbox"/> 産業栄養指導担当者 <input type="checkbox"/> 産業保健指導担当者 <input type="checkbox"/> 次のいずれかが実施している。 <input type="checkbox"/> 労働衛生機関 <input type="checkbox"/> 中央労働災害防止協会 <input type="checkbox"/> スポーツクラブ等 <input type="checkbox"/> フィットネスクラブ <input type="checkbox"/> 総合型地域スポーツクラブ <input type="checkbox"/> （スポーツクラブ等の場合、規約・会則・定款等、当該組織の運営について定めた書類） <input type="checkbox"/> 地域の医師会や歯科医師会 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 <input type="checkbox"/> 実施する際に作成した「開催案内」及び「研修で使用した資料」
	<input type="checkbox"/> 措置の実施内容について確認してください。 <input type="checkbox"/> 実施者（講師、アドバイザー、医師や歯科医師等の専門家）が記載されている。 <input type="checkbox"/> 実施内容（テーマ、講師名、内容、参加人数）が記載されている。

4	<input type="checkbox"/>	健康保持増進計画を踏まえた措置の実施に当たり、実施した者へ支払った費用の領収書（写） □措置の金額が内訳に記載されている。
5	<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資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。
6	<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、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。
7	<input type="checkbox"/>	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。
8	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第4号） 支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
9	<input type="checkbox"/>	返信用封筒 長形3号封筒に84円切手を貼付してください。
申請内容		
10	<input type="checkbox"/>	法令で実施が義務付けられているものでないこと。
	<input type="checkbox"/>	「健康保持増進計画」の内容について、他の助成金等を申請・受給していないこと。

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

(R3.4)