

事業場の事業主の方へ

「ストレスチェック」実施促進のための 助成金の手引（平成30年度版）

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。

従業員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。

※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。

＜助成対象・助成金額＞

ストレスチェック後の面接指導を実施する医師と契約し、

- 1 ストレスチェック（年1回）を行った場合、
 - 1 従業員につき500円を上限として、その実費額を支給
- 2 上記1のストレスチェック後に面接指導等医師による活動を受けた場合、
 - 1 事業場あたり1回の活動につき21,500円を上限として、その実費額を支給（1事業場につき年3回を限度）



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

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。

■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 項に規定されている「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 項に規定されている「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のことをいう。

■面接指導

労働安全衛生法第 66 条の 10 第 3 項に規定されている「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 号に規定されている「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。

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要件	- 1 -
3	助成対象	- 2 -
4	助成金額	- 2 -
5	平成 29 年度からの変更点	- 2 -
II	支給申請手続き等について	- 3 -
1	手続きの流れ	- 3 -
2	ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）	- 5 -
3	ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約分申請）	- 6 -
4	審査結果の通知と助成金支給方法	- 7 -
5	助成金に係る証拠書類等の保管	- 7 -
6	不正受給	- 7 -
III	様式一覧	- 8 -
1	ストレスチェック助成金支給申請書（様式第 1 号）	- 9 -
2	ストレスチェック助成金支給申請書（様式第 1 - 2 号）	- 11 -
3	ストレスチェック実施報告書（様式第 2 号）	- 13 -
4	ストレスチェック実施報告書（様式第 2 - 2 号）	- 15 -
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） .	- 17 -
6	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 4 号）	- 19 -

7	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4－2号）	- 21 -
8	ストレスチェックに係る医師との契約書（例1）	- 23 -
9	ストレスチェックに係る医師との契約書（例2）	- 24 -
10	ストレスチェックに係る医師との契約書（例3）	- 25 -
11	ストレスチェックに係る医師との契約書（例4）	- 26 -
12	労働保険料一括納付に係る証明書	- 27 -
IV	ストレスチェック制度の導入サポート	- 28 -
1	ストレスチェック制度サポートダイヤル	- 28 -
2	ストレスチェック制度実施のための研修	- 29 -
3	個別訪問による支援	- 29 -
V	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 30 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

派遣労働者を含めて従業員数 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る制度です。

2 助成金を受けるための要件

助成金の支給申請時に、申請書類とともに支給要件を満たしているかの確認を受けるため、証明書類の添付が必要になります。

◆届出前に、次の 5 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。

- ☐ 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。）
- ☐ ② 常時使用する従業員が派遣労働者を含めて 50 人未満であること。
- ☐ ③ ストレスチェックの実施者が決まっていること。
- ☐ ④ 事業者が医師と契約し、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こと。
- ☐ ⑤ 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。

※ 医師やストレスチェック実施者との契約を締結する前に、必ず「助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第 4 号）」又は「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）（様式第 4 - 2 号）」による点検をお願いします。

契約内容が支給要件を満たさない場合、助成金の支給ができないことがありますのでご注意ください。

3 助成対象

(1) ストレスチェック

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。

(2) 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。

【ストレスチェックに係る医師による活動とは】

医師が

- ・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。

4 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	1従業員につき 500 円
②ストレスチェックに係る医師による活動	1事業場あたり1回の活動につき 21,500 円（上限3回）

※500 円と 21,500 円はそれぞれの上限額ですので、実費額が上限額を下回る場合は実費額を支給します。

5 平成 29 年度からの変更点

- ① ストレスチェックに係る医師による活動について、平成 29 年度は「産業医の資格を持った医師との契約」が必要でしたが、「医師との契約」に変更となりました。
- ② 50 人未満の事業場を複数持つ企業様からの申請について、一括申請できるようにしました。（※助成金振込先口座が異なる事業場の一括申請はできませんので、ご注意願います。）

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、従業員への説明・情報提供などを行う。



②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、従業員へ結果を通知する。



③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、従業員からの申出に対して面接指導などを行う。



ストレスチェック実施後 6 か月以内に助成金支給申請を行ってください。

④ストレスチェック助成金支給申請

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、助成金の支給申請を行う。（5 頁・6 頁参照）



⑤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、助成金が支払われる。（7 頁参照）

2 ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）

（１）提出書類及び添付書類

■提出書類

- ・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

- ・医師との契約書（写）
- ・医師であることを証明する書類（写）
- ・労働保険概算・確定保険料申告書等（写）
- ・労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】
- ・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】
- ・ストレスチェック実施報告書（様式第２号）
- ・ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
- ・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】
- ・医師へ支払った費用の領収書（写）
- ・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）、口座番号が確認できるもの）
- ・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４号）
- ・事業場宛ての返信用封筒（８２円切手貼付）

（２）実施対象期間

平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで

（３）申請期間

平成 30 年 4 月 24 日から平成 31 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ことがありますのでご了承ください。

※ストレスチェック実施後 6 か月以内に申請してください。

（４）申請者

事業場の代表者が提出してください。

（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 ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約分申請）

（１）提出書類及び添付書類

■提出書類

- ・ 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

- ・ 医師との契約書（写）
- ・ 医師であることを証明する書類（写）
- ・ 労働保険概算・確定保険料申告書等（写）
- ・ 労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】
- ・ 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】
- ・ 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）
- ・ ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
- ・ 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）
- ・ 医師へ支払った費用の領収書（写）
- ・ 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）、口座番号が確認できるもの）
※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。
- ・ 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 4-2 号）
- ・ 事業場宛ての返信用封筒（82 円切手貼付）

（２）実施対象期間

平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで

（３）申請期間

平成 30 年 4 月 24 日から平成 31 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ことがありますのでご了承ください。

※ストレスチェック実施後 6 か月以内に申請してください。

（４）申請者

事業場の代表者が提出してください。

（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 神奈川県川崎市中区木月住吉町 1 番 1 号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

4 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「2 ストレスチェック助成金支給申請（事業場ごとの申請）」又は6 頁の「3 ストレスチェック助成金支給申請（本社等一括契約分申請）」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。

5 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、ストレスチェックの実施者及び医師への支払について記録し、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。

6 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してご利用ください。

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1257/Default.aspx>

支給申請関係	
様式番号	様式名称
第 1 号	ストレスチェック助成金支給申請書
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）
－	ストレスチェックに係る医師との契約書
－	労働保険料一括納付に係る証明書
第 2 号	ストレスチェック実施報告書
第 2-2 号	ストレスチェック実施報告書（本社等一括契約）
第 3 号	ストレスチェックに係る医師による活動報告書
第 4 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
第 4-2 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）

- ・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。
- ・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）

平成 年度ストレスチェック助成金支給申請書

受付No.

（記入不要）

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 平成 年 月 日

【請求者】

所在地	〒	労働者数	名（内派遣労働者数 名）	
（フリガナ）		（フリガナ）	（役職）	
名称		代表者		氏名 ④
担当者	所属	氏名	電話番号	

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 助成金申請額

円（上記1の計＋2の計）

（H30.4.1）

記 載 例

(様式第 1 号)

受付No.
(記入不要)

平成 3 0 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 平成 3 0 年 10 月 1 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 - 1	労働者数	3 5 名 (内派遣労働者数 5 名)	
(フリガナ)	カブシキガイシャ ロウアン	(フリガナ)	(役職)	ロウアン イチロウ
名称	(株)ろうあん	代表者	代表取締役	氏名 労安 一郎 ㊞
担当者	所属 総務課	氏名	川崎 花子	電話番号 044-431-8661

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 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。

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 3 回	1 回につき 19,440 円	計 58,320 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 助成金申請額

75,820 円 (上記 1 の計 + 2 の計)

① 35 人×500 円=17,500 円

② 3 回×19,440=58,320 円

(H30. 4. 1)

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）

平成 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 平成 年 月 日

【請求者】

所在地	〒			
（フリガナ）		（フリガナ）	（役職）	
名称		代表者		氏名 ⑩
担当者	所属	氏名	電話番号	

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）

（H30. 4. 1）

記 載 例

(様式第 1 - 2 号)

受付No.
(記入不要)

平成 30 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 平成 30 年 10 月 20 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 - 1			
(フリガナ)	カブシキガイシャ ロウアン	(フリガナ)	(役職)	ロウアン イチロウ
名称	(株)ろうあん	代表者	代表取締役	氏名 労安 一郎 ㊞
担当者	所属 総務課	氏名 川崎 花子	電話番号 044-431-8661	

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 人あたり 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

160,000 円 (上記 1 の計 + 2 の計)

(H30. 4. 1)

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	平成 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）
-----	-------	-------	-------

平成 年 月 日

実施機関

所在地

代表者氏名（役職・氏名）

印

実施者 医師・保健師・その他（ ）氏名

(H30.4.1)

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	平成 30 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	26,460 円 (税込)	1 人あたり 756 円 (税込)
-----	---------------	-------------------

平成 30 年 9 月 17 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 - 2 9 - 1

代表者氏名 (役職・氏名) 理事長 横浜 太郎

印

実施者 医師・保健師・その他 () 氏名 中原 二郎

(H30. 4. 1)

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

番号	事業場名	ストレスチェック 実施日	① 実施人数	② １人当たり単 価(円(税込み))	③ (①×②) 合計金額
合　計					

※ 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。

平成 年 月 日

実施機関

所在地

代表者氏名（役職・氏名）

印

実施者 医師・保健師・その他（ ）氏名

(H30.4.1)

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

番号	事業場名	ストレスチェック 実施日	① 実施人数	② 1人当たり単 価(円(税込み))	③ (①×②) 合計金額
1	(株)ろうあん 新宿支店	9月1日	20	756	15,120
2	(株)ろうあん 横浜支店	9月10日	15	756	11,340
3	(株)ろうあん 名古屋支店	9月25日	30	756	22,680
4	(株)ろうあん 福岡支店	9月18日	10	756	7,560
5	(株)ろうあん 札幌支店	10月10日	30	756	22,680
合 計			105		79,380

※ 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。

平成 30 年 10 月 15 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

印

実施者 (医師)・保健師・その他 () 氏名 中原 二郎

(H30.4.1)

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	平成 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 (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	平成 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 (人) 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	平成 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 (人) 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）
-----	-------

平成 年 月 日

医師氏名 _____ 印

（H30.4.1）

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	平成 30 年 9 月 11 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	平成 30 年 9 月 13 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	平成 30 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	(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	58,320 円 (税込)
-----	---------------

平成 30 年 10 月 1 日

医師氏名 中原 二郎 印

(H30. 4. 1)

6 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4号）

（様式第4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	
1	☐ ストレスチェック助成金支給申請書（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 労働保険の適用事業場であること。 b 派遣労働者を含めて常時50人未満の事業場であること。 c ストレスチェックの実施者が決まっていること。 d 事業者が医師と契約し、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こと。 e 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。
	☐ 「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。
	☐ 「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。 I 「1 ストレスチェック実施状況」 (ストレスチェック実施人数×500円又は実費) II 「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」 (医師による活動回数×21,500円又は実費) III 「3 助成金申請額」 (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	☐ 医師との契約書（写） 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。 <u>※ 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。</u> <u>※ 2 実施医師の氏名が明記されていることが必要です。</u> <u>※ 3 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>
	☐ 医師であることを証明する書類（写） 医師の資格証明（医師免許証等）（写）の添付してください。
4	☐ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写） 助成金支給申請の直近の申告書（写）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（写）と労働保険料等納入通知書（写）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。
	☐ 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） 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。

次のページへ続きます。

6	☐	ストレスチェック実施報告書（様式第2号）
		「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。
7	☐	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）
		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。なお、医師の署名が直筆の場合には、押印は省略しても構いません。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。
8	☐	ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）
		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。 ※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。
9	☐	契約医師へ支払った費用の領収書（写）
		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。 ※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。
10	☐	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、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。
11	☐	労働保険料一括納付に係る証明書
		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。
12	☐	返信用封筒
		82円切手を貼付してください。

同 意 書

- ・ 上記1～12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。

平成 年 月 日

所 在 地

名 称

代表者（役職・氏名）

印

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

7 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4－2号）

(様式第4-2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	☐ 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） ☐ 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 労働保険の適用事業場であること。 b 派遣労働者を含めて常時50人未満の事業場であること。 c ストレスチェックの実施者が決まっていること。 d 事業者が医師と契約し、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こと。 e 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。
	☐ 「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。
	☐ 「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。 Ⅰ「1 ストレスチェック実施状況」（ストレスチェック実施人数×500円又は実費） Ⅱ「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」（医師による活動回数×21,500円又は実費） Ⅲ「3 助成金申請額」（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	☐ 医師との契約書（写） 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 <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>申請事業場が契約対象事業場として明記されていることが必要です。</u>
	☐ 医師であることを証明する書類（写） 医師の資格証明（医師免許証等）（写）の添付してください。
4	☐ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写） 助成金支給申請の直近の申告書（写）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（写）と労働保険料等納入通知書（写）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。
	☐ 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） 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。

次のページへ続きます。

6	☐	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） 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。
7	☐	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） 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。なお、医師の署名が直筆の場合には、押印は省略しても構いません。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>※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。</u>
8	☐	ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写） 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>
9	☐	医師へ支払った費用の領収書（写） 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>
10	☐	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、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>
11	☐	労働保険料一括納付に係る証明書 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。
12	☐	返信用封筒 82円切手を貼付してください。

同 意 書

- ・ 上記1～12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。

平成 年 月 日

所 在 地

名 称

代表者（役職・氏名）

印

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

8 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、平成〇年〇月〇日から平成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。

平成〇年〇月〇日

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。

9 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、平成〇年〇月〇日から平成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。

平成〇年〇月〇日

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。

10 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、平成〇年〇月〇日から平成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。

平成〇年〇月〇日

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。

1 1 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、平成〇年〇月〇日から平成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、○△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 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。

平成〇年〇月〇日

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。

1 2 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.	郵便番号	住 所	事 業 場 名	人 数
				人
				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ないこと。

平成 年 月 日

事業場名（本社等）

代表者氏名（役職・氏名）

印

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

(H30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(826)3850
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>

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

〒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/>

(平成 30 年 4 月)