

事業者の方へ

「小規模事業場産業医活動助成金」の手引 (平成 29 年度版)

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。

<助成対象・助成金額>

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した場合に助成します。

1 事業場当たり 100,000 円を上限（6 か月ごと）とし、将来にわたり 2 回限り助成します。



独立行政法人労働者健康安全機構

産業保健・賃金援護部

用語の説明

■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要件	- 1 -
3	助成対象	- 2 -
4	助成金額	- 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支給申請	- 4 -
3	審査結果の通知と助成金支給方法	- 5 -
4	助成金に係る証拠書類等の保管	- 6 -
5	不正受給	- 6 -
III	様式一覧	- 7 -
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） ...	- 8 -
2	産業医活動実績報告書（様式第2号）	- 10 -
3	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3号）	- 12 -
4	労働保険料一括納付に係る証明書	- 14 -
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

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、産業医活動を実施した場合に、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となります。

◆届出前に、次の4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 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 労働保険適用事業場であること。
- ③ 平成 29 年度以降、産業医の要件を備えた医師と職場巡視、健診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新たに締結していること。
- ④ 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 助成対象

産業医活動の全部又は一部を実施する契約し、実際に産業医活動が行われた場合に、申請に基づき助成されます。

4 助成金額

次の費用が助成されます。

1 事業場当たり、6 か月ごとに 100,000 円を上限に実費を支給。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。

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。

2 小規模事業場産業医活動助成金支給申請

(1) 提出書類及び添付書類

■ 提出書類

- ・「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

- ・産業医活動に関する契約書の写し
- ・「産業医活動実績報告書」(様式第2号)
- ・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の写し(継続する6か月の間に支払った費用の領収書の写し)
- ・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の写し
- ・事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等の写し
- ・「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3号)
- ・労働保険一括納付に係る証明書
- ・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29年4月1日以降

(3) 申請期間

平成29年10月1日から。ただし、継続する6か月の間に産業医の要件を備えた医師へ支払った費用の領収書の最後の月の翌月から6か月以内に申請してください。

例：【産業医活動実施期間】H29.4~9→【申請期間】H29.10~H30.3

※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) 届出先

独立行政法人労働者健康安全機構

産業保健・賃金援護部 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 : 044-431-8661 FAX : 044-411-5543

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

4頁の2の「小規模事業場産業医活動助成金支給申請書」(様式第1号)による申請後、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、支給申請書に記載された金融機関の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/1166/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	○
-	産業医活動に関する契約書の写し	○
第2号	産業医活動実績報告書	○
-	産業医であることを証明する書類の写し	○
-	産業医に支払った費用の領収書の写し	○
第3号	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	○
-	労働保険概算・確定保険料申告書等の写し	○
-	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）



受付No.
(記入不要)

平成 年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 平成 年 月 日

【請求者】

所在地	〒	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

小規模事業場産業医活動助成金支給要領第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 助成金申請額

	円
--	---

(※10万円を上限として記入してください。)

2 助成金振込先金融機関

(口座番号については右詰で左余白は0を記入し7桁とする。)

金融機関名	本・支店名	預金種目	普通	当座
銀行コード	支店コード	口座番号		
フリガナ				
口座名義				

(H29. 6. 1)

記 載 例

(様式第1号)



受付No.
(記入不要)

平成29年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 平成29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		労働者数	35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

小規模事業場産業医活動助成金支給要領第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 助成金申請額

100,000 円

(※10万円を上限として記入してください。)

2 助成金振込先金融機関

(口座番号については右詰で左余白は0を記入し7桁とする。)

金融機関名	〇〇〇〇 銀行				本・支店名	〇〇〇支店				預金種目	普通	当座				
銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7	口座番号	0	9	8	7	6	5	4
フリガナ	カ) ロウアン															
口座名義	(株) ろうあん															

(H29.6.1)

2 産業医活動実績報告書（様式第2号）

（様式第2号）



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

※ 実施した産業医活動にチェックすること。

平成 年 月 日

産業医氏名

Ⓔ

(H29. 6. 1)

記 載 例

(様式第2号)



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) 平成 29 年 7 月 6 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2回目) 平成 29 年 8 月 3 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(3回目) 平成 29 年 9 月 7 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4回目) 平成 29 年 10 月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input checked="" type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(5回目) 平成 29 年 11 月 2 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input checked="" type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()
(6回目) 平成 29 年 12 月 7 日	<input checked="" type="checkbox"/> 職場巡視 <input type="checkbox"/> 健診異常所見者に関する意見聴取 <input type="checkbox"/> 長時間労働者の面談 <input checked="" type="checkbox"/> 安全衛生委員会への参加 <input checked="" type="checkbox"/> 健康講話・健康教育 <input type="checkbox"/> その他 ()

※ 実施した産業医活動にチェックすること。

平成 29 年 12 月 7 日

産業医氏名 中 原 二 郎 ⑧

(H29. 6. 1)

3 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3号）

（様式第3号）

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

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 小規模事業場産業医活動助成金支給申請書（様式第1号）
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 「1 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。
	<input type="checkbox"/> 「2 助成金振込先金融機関」欄に、記入漏れがないか確認してください。 ※個人名の口座には振込みできませんので御注意ください。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 「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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<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。
7	<input type="checkbox"/> 振込先の通帳（写）等（振込先の名義、口座番号が確認できるもの） 金融機関、口座名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。

次のページへ続きます。

同意書

- ・ 上記1～7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。

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

(H29.6.1)

4 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

平成 年 月 日

事業場名（本社等） ○○○○ 株式会社

代表者

印

IV 全国の産業保健総合支援センター一覧

(H29年6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

産業保健・賃金援護部 産業保健業務指導課

〒211-0021 神奈川県川崎中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

TEL : 044-431-8661 FAX : 044-411-5543

<https://www.johas.go.jp/>

(平成 29 年 6 月)