

産業医による産業保健活動の実施について

☆助成の対象は、原則として産業医が事業場に出向いて行う職場巡視、保健指導等の活動です。
また、職場巡視の結果を踏まえておこなう助言・指導文書の作成等の活動も、助成の対象となります。

〈助成対象となる1回分の活動として、認められるもの、認められないものの例〉

○	職場の巡視、産業保健担当者や労働者からの情報収集を行うこと、さらにこれらの結果の整理を行うこと
○	事業場において、労働者への保健指導、長時間労働者への面接指導等を行うこと
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、作業環境測定結果を評価し、作業環境改善に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、作業環境測定結果を評価し、作業環境改善に関する助言・指導を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、作業環境測定結果を評価し、作業方法の改善に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、作業環境測定結果を評価し、作業方法の改善に関する助言・指導を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、健康診断の結果就業上の措置が必要な労働者について、本人と面談の上、就業上の措置についての意見を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、健康診断の結果就業上の措置が必要な労働者について、本人と面談の上、就業上の措置についての意見を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、長時間労働者への面接指導を行うとともに、その結果に基づく事後措置、事業場における健康管理に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場の巡視を行わないまま、その事業場以外の場所において、労働者への保健指導、長時間労働者への面接指導を行うこと
○	最近行った職場巡視、職場の管理者との情報交換、労働者との面談結果等を踏まえ、メンタルヘルス不調労働者の主治医と連携しつつ、不調者の就業上の措置についての助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、メンタルヘルス不調労働者との面談結果や職場の管理者との情報交換等を踏まえ、不調者の就業上の措置についての助言・指導を取りまとめること

※活動の内容によっては、助成金の支給が認められない場合もありますので、事前に産業保健推進センターにご相談ください。

〈産業保健活動実績報告の記載例〉

実施年月日	活動内容	具体的な活動内容	活動時間数	選任産業医 確認欄
2008.11.5 14:00～17:00 (1回目)	1(職場巡視)、 4(面接指導)	工場と事務所内の巡視をした後、長時間労働者3名に面接指導を実施。事業者に対し、事後措置について意見具申。	3時間30分	印
2008.12.3 14:00～17:00 (2回目)	3(健康相談)、 6(その他)	上欄の職場巡視の結果を踏まえ、自医院にて、メンタルヘルス不調が改善しつつある長期休業者と面談。後日、主治医との情報交換を経て、職場復帰支援プランへの助言を求め、事業者に意見書を提出。	面談時間30分、 情報交換・意見書 作成等2時間	印

様式第1号

機 構 入 部 欄	登録完了日	平成 年 月 日

助成・海外 支援課長	助成・海外 支援班長	助成・海外 支援担当

独立行政法人
労働者健康福祉機構 理事長 殿

平成 年 月 日

集団登録申請

① 事業場の所在地	〒 _____ ☎ _____									
	(フリガナ)									
② 事業場の名称										
	㊟									
③ 事業者(代表者)の職・氏名										
	㊟									
④ 労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基 幹 番 号				枝 番 号		
								-		

**平成 年度小規模事業場産業保健活動支援促進助成金登録(変更)申請書
(新規・変更)**

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第5条により下記のとおり登録(変更)申請します。

1 申請事業場の概要

⑤ 申請事業場 労働者数	人	⑥ 登録番号	(登録時は記入不要)	⑦ 集団構成 事業場数	
⑧ 業種内容		⑨ 業種番号			
⑩ 担当課・ 担当者氏名	☎ ()				

2 事業場が属する法人又は会社法(平成17年法律第86号)第879条第1項に規定する親法人の名称等

⑪ 法人又は親 法人の名称					
⑫ 法人又は親 法人の全労 働者数(概数)	人				

3 変更項目

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

※変更申請の場合は変更した項目だけ(①~④及び⑥は必須)を記載し、上の欄に○印を付けてください。

4 本申請書の提出に伴う同意事項

以下の事項について同意します。

(1) 助成金の支給について、産業保健推進センターが労働局に情報を提供すること

(2) 不正受給の事実が明らかになった場合は受給した助成金を返還し、労働者健康福祉機構がその事実を公表すること

事業者(代表者) 職・氏名 ㊟

様式第1号

独立行政法人
労働者健康福祉機構 理事長 殿

平成 年 月 日

集団登録申請

① 事業場の所在地	〒 _____ ☎ _____										
② 事業場の名称	(フリガナ)										
	㊟										
③ 事業者(代表者)の職・氏名	㊟										
④ 労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号			
								-			

平成 年度小規模事業場産業保健活動支援促進助成金登録(変更)申請書
(新規・変更)

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第5条により下記のとおり登録(変更)申請します。

1 申請事業場の概要

⑤ 申請事業場 労働者数	人	⑥ 登録番号	(登録時は記入不要)	⑦ 集団構成 事業場数	
⑧ 業種内容		⑨ 業種番号			
⑩ 担当課・ 担当者氏名	☎ ()				

2 事業場が属する法人又は会社法(平成17年法律第86号)第879条第1項に規定する親法人の名称等

⑪ 法人又は親 法人の名称					
⑫ 法人又は親 法人の全労働者数(概数)	人				

3 変更項目

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

※変更申請の場合は変更した項目だけ(①~④及び⑥は必須)を記載し、上の欄に○印を付けてください。

4 本申請書の提出に伴う同意事項

以下の事項について同意します。

(1) 助成金の支給について、産業保健推進センターが労働局に情報を提供すること

(2) 不正受給の事実が明らかになった場合は受給した助成金を返還し、労働者健康福祉機構がその事実を公表すること

事業者(代表者) 職・氏名 ㊟

様式第1号

独立行政法人
労働者健康福祉機構 理事長 殿

平成 年 月 日

集団登録申請

① 事業場の所在地	〒 _____ ☎ _____										
	(フリガナ)										
② 事業場の名称											
③ 事業者(代表者)の職・氏名											
④ 労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基 幹 番 号					枝 番 号		
								-			

平成 年度小規模事業場産業保健活動支援促進助成金登録(変更)申請書
(新規・変更)

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第5条により下記のとおり登録(変更)申請します。

1 申請事業場の概要

⑤ 申請事業場 労働者数	人	⑥ 登録番号	(登録時は記入不要)	⑦ 集団構成 事業場数	
⑧ 業種内容		⑨ 業種番号			
⑩ 担当課・ 担当者氏名	☎ ()				

2 事業場が属する法人又は会社法(平成17年法律第86号)第879条第1項に規定する親法人の名称等

⑪ 法人又は親 法人の名称					
⑫ 法人又は親 法人の全労働者数(概数)	人				

3 変更項目

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

※変更申請の場合は変更した項目だけ(①~④及び⑥は必須)を記載し、上の欄に○印を付けてください。

4 本申請書の提出に伴う同意事項

以下の事項について同意します。

- (1) 助成金の支給について、産業保健推進センターが労働局に情報を提供すること
- (2) 不正受給の事実が明らかになった場合は受給した助成金を返還し、労働者健康福祉機構がその事実を公表すること

事業者(代表者) 職・氏名

※添付書類 労働保険概算・確定保険料申告書等(写)、産業保健契約書(写)、産業医の要件を備えた医師であることの証明する書類(写)