

3 処遇改善コース(健康診断制度(共通処遇推進制度))内訳

① 制度規定年月日・種類 (該当する番号を○で囲む)	平成 年 月 日	1 労働協約 ・ 2 就業規則
-------------------------------	----------	-----------------

対象労働者	1	氏名・生年月日	雇用保険被保険者番号	実施年月日	実施した健康診断の種類(該当する番号を○で囲む)	
		昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	1 雇入時健康診断 2 定期健康診断 3 人間ドック	
		【雇入時健康診断、定期健康診断を実施した場合】(受診項目を○)		【人間ドックを実施した場合】(受診項目を○)		
		1 既往歴及び業務歴調査 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 3 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 4 胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健康診断のみ) 5 血圧の測定 6 貧血検査 7 肝機能検査 8 血中脂質検査 9 血糖検査 10 尿検査 11 心電図検査		1 基本健康診査 2 胃がん検診 3 子宮がん検診 4 肺がん検診 5 乳がん検診 6 大腸がん検診 7 歯周疾患検診 8 骨粗鬆症検診		
	本人確認	上記のとおり実施した健康診断について、当該健康診断に要した費用の全額(雇入時健康診断、定期健康診断)又は半額以上(人間ドック)を事業主が負担しました。 平成 年 月 日 (本人署名) 印				
	2	氏名・生年月日	雇用保険被保険者番号	実施年月日	実施した健康診断の種類(該当する番号を○で囲む)	
		昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	1 雇入時健康診断 2 定期健康診断 3 人間ドック	
		【雇入時健康診断、定期健康診断を実施した場合】(受診項目を○)		【人間ドックを実施した場合】(受診項目を○)		
		1 既往歴及び業務歴調査 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 3 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 4 胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健康診断のみ) 5 血圧の測定 6 貧血検査 7 肝機能検査 8 血中脂質検査 9 血糖検査 10 尿検査 11 心電図検査		1 基本健康診査 2 胃がん検診 3 子宮がん検診 4 肺がん検診 5 乳がん検診 6 大腸がん検診 7 歯周疾患検診 8 骨粗鬆症検診		
	本人確認	上記のとおり実施した健康診断について、当該健康診断に要した費用の全額(雇入時健康診断、定期健康診断)又は半額以上(人間ドック)を事業主が負担しました。 平成 年 月 日 (本人署名) 印				
	3	氏名・生年月日	雇用保険被保険者番号	実施年月日	実施した健康診断の種類(該当する番号を○で囲む)	
		昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	1 雇入時健康診断 2 定期健康診断 3 人間ドック	
		【雇入時健康診断、定期健康診断を実施した場合】(受診項目を○)		【人間ドックを実施した場合】(受診項目を○)		
		1 既往歴及び業務歴調査 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 3 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 4 胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健康診断のみ) 5 血圧の測定 6 貧血検査 7 肝機能検査 8 血中脂質検査 9 血糖検査 10 尿検査 11 心電図検査		1 基本健康診査 2 胃がん検診 3 子宮がん検診 4 肺がん検診 5 乳がん検診 6 大腸がん検診 7 歯周疾患検診 8 骨粗鬆症検診		
	本人確認	上記のとおり実施した健康診断について、当該健康診断に要した費用の全額(雇入時健康診断、定期健康診断)又は半額以上(人間ドック)を事業主が負担しました。 平成 年 月 日 (本人署名) 印				
	4	氏名・生年月日	雇用保険被保険者番号	実施年月日	実施した健康診断の種類(該当する番号を○で囲む)	
昭和・平成 年 月 日			平成 年 月 日	1 雇入時健康診断 2 定期健康診断 3 人間ドック		
【雇入時健康診断、定期健康診断を実施した場合】(受診項目を○)		【人間ドックを実施した場合】(受診項目を○)				
1 既往歴及び業務歴調査 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 3 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 4 胸部X線検査及び喀痰検査(喀痰検査は定期健康診断のみ) 5 血圧の測定 6 貧血検査 7 肝機能検査 8 血中脂質検査 9 血糖検査 10 尿検査 11 心電図検査		1 基本健康診査 2 胃がん検診 3 子宮がん検診 4 肺がん検診 5 乳がん検診 6 大腸がん検診 7 歯周疾患検診 8 骨粗鬆症検診				
本人確認	上記のとおり実施した健康診断について、当該健康診断に要した費用の全額(雇入時健康診断、定期健康診断)又は半額以上(人間ドック)を事業主が負担しました。 平成 年 月 日 (本人署名) 印					

③ 対象労働者が、健康診断制度を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する
---	--------------

④ 支給申請額	<input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業	主たる事業	支給申請額 =	<input type="text"/> 円	支給単価 <input type="checkbox"/> 中小企業 40万円 <input type="checkbox"/> 大企業 30万円
---------	--	-------	---------	------------------------	---

様式第7号（別添様式4）（第2面）

支給申請期間

健康診断制度を行った場合、「法定外の健康診断制度（※）」を規定し、対象労働者に延べ4人以上実施した日（延べ4人以上実施した日がキャリアアップ計画書の確認を受けた日より前の場合にあつては、キャリアアップ計画書の確認を受けた日）の翌日から起算して2か月以内に申請してください。

（※）法定外の健康診断制度とは、次のいずれかの制度です。

- ・事業主に実施が義務付けられていない有期契約労働者等に雇入時健康診断もしくは定期健康診断を実施する制度
- または
- ・有期契約労働者等に人間ドックを実施する制度

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- ①欄は「法定外の健康診断制度」を規定した年月日を記入してください。
- ②欄は対象労働者について記入し、実施した健康診断の種類および受診項目を○で囲んでください。
また、すべての欄を記入した後に、事業主が健康診断に係る費用の全額（雇入時健康診断及び定期健康診断）又は半額以上（人間ドック）を負担していることを確認するために、対象労働者本人が直筆で署名及び押印をしてください。
- ③欄は、対象労働者が、健康診断制度を実施した事業所の事業主又は取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうかについて記入してください。
- ④欄は支給申請額およびそれに関する事項等について記入してください。

添付書類

健康診断制度の支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第7号）および本様式（別添様式4）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- イ 管轄労働局長の確認を受けたキャリアアップ計画書
- ロ 健康診断制度が規定されている労働協約または就業規則及び健康診断制度が規定される前の労働協約又は就業規則（常時10人未満の労働者を使用する事業主が健康診断制度を規定する前の労働協約又は就業規則を作成していなかった場合にあつてはその旨を記載した申立書）
- ハ 対象労働者が健康診断を実施したこと及び実施日が確認できる書類（実施機関の領収書や健康診断結果等）
- ニ 対象労働者の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）
- ホ 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者の健康診断実施日を含む月分）
- ヘ 対象労働者のタイムカードまたは船員法第67条に定める記録簿等出勤状況が確認できる書類（対象労働者の健康診断実施日を含む月分）
- ト 中小企業事業主である場合、中小企業事業主であることを確認できる書類
 - a 企業の資本の額または出資の総額により中小企業事業主に該当する場合
登記事項証明書、資本の額または出資の総額を記載した書類等
 - b 企業全体の常時使用する労働者の数により中小企業事業主に該当する場合
事業所確認表（様式第8号）

なお、中小企業の範囲は下表のとおりです。

小売業（飲食業を含む）	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下
卸売業	〃 1億円以下、または 〃 100人以下
その他	〃 3億円以下、または 〃 300人以下

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。