

導入した健康づくり制度の概要票

1. 現状・課題	<input type="checkbox"/> 計画のとおり
2. 制度の種類	<input type="checkbox"/> 計画のとおり ※実施した検査項目 → <input type="checkbox"/> 労働安全衛生法に定められた健康診断 (必須) <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診 <input type="checkbox"/> 腰痛健康診断
3. 制度の概要 制度が実施されるための合理的な条件、事業主の費用負担等	<p>【制度の概要・趣旨・目的】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p> <p>【制度の対象者の範囲及び人数、選定基準】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の労働者 : 人 → 選定基準 (職種、職務内容、役職などにより限定した場合はその理由)</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の労働者以外 : 人 → 選定基準 (職種、職務内容、役職などにより限定した場合はその理由)</p> <p>【検診の実施時期】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p> <p>【対象者への通知方法・時期】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p> <p>【検査結果の活用方法等】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p> <p>【事業主の費用負担】</p> <p><input type="checkbox"/> 受診等により発生した費用の半額以上を事業主が負担しているものであること。 (労働者が希望した医療機関において本人が負担した費用の半額以上を支給する方法も可。)</p> <p><input type="checkbox"/> その他費用負担に関する特記事項 ()</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/> 計画のとおり</p>
4. 施行日等	<p>【就業規則の労働基準監督署等への届出日又は労働協約の締結日】 → 年 月 日</p> <p>【就業規則又は労働協約に係る従業員への周知日 (従業員への書面による周知日、説明会日程等)】 → 年 月 日</p> <p>【就業規則又は労働協約の施行日】 → 年 月 日</p>

5. 健康づくり制度に係る実施者名簿 (計 枚中 枚目)

()	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号	- - - - -		
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤健康づくり制度の実施日	年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	労働安全衛生法に定める健康診断を実施している。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診 <input type="checkbox"/> 腰痛健康診断
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。健診等に係る費用の半分以上を事業主が負担しています。 年 月 日 (対象者氏名)		
()	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号	- - - - -		
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤健康づくり制度の実施日	年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	労働安全衛生法に定める健康診断を実施している。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診 <input type="checkbox"/> 腰痛健康診断
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。健診等に係る費用の半分以上を事業主が負担しています。 年 月 日 (対象者氏名)		
()	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号	- - - - -		
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤健康づくり制度の実施日	年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	労働安全衛生法に定める健康診断を実施している。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診 <input type="checkbox"/> 腰痛健康診断
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。健診等に係る費用の半分以上を事業主が負担しています。 年 月 日 (対象者氏名)		
()	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号	- - - - -		
	③職種		④勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)
	⑤健康づくり制度の実施日	年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	労働安全衛生法に定める健康診断を実施している。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診 <input type="checkbox"/> 腰痛健康診断
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。健診等に係る費用の半分以上を事業主が負担しています。 年 月 日 (対象者氏名)		

【様式第 a-6 号別紙 3（記入上の注意）】

1 「1. 現状・課題」欄

- ・健康づくり制度に係る雇用管理制度を導入するに至った背景として、企業の現状・課題を記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

2 「2. 制度の種類」欄

- ・導入する雇用管理制度（健康づくり制度）の種類に✓を入れてください。
- ・人材確保等支援助成金（雇用管理制度助成コース）の助成金を受けるためには、労働安全衛生法に定められた健康診断を実施していることが必須となります。事業所において法令に定められた健康診断を実施しているかを確認し、実施している場合は「□法令に定められた健康診断（必須）」に✓を入れてください。労働安全衛生法に定める定期健康診断項目（医師の判断により、検査の一部を省略して実施した場合を除く。）は以下となりますので確認の参考としてください。（実施している検査に✓を入れてください。）。

<input type="checkbox"/>	既往歴・喫煙歴・服薬歴・業務歴の調査
<input type="checkbox"/>	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
<input type="checkbox"/>	身長、体重、視力、腹囲及び聴力の検査
<input type="checkbox"/>	胸部X線検査及び喀痰検査
<input type="checkbox"/>	血圧の測定
<input type="checkbox"/>	尿検査
<input type="checkbox"/>	貧血検査（赤血球数、血色素数）
<input type="checkbox"/>	肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP）
<input type="checkbox"/>	血中脂質検査（LDL コレステロール、HDL コレステロール、中性脂質）
<input type="checkbox"/>	血糖検査（空腹時血糖またはヘモグロビンA1c）
<input type="checkbox"/>	心電図検査

3 「3. 制度の概要、制度が実施されるための合理的な条件、事業主の費用負担等」欄

(1) 「制度の概要・趣旨・目的」欄

- ・導入した雇用管理制度の概要や、趣旨・目的などを記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

(2) 「制度の対象者の範囲及び人数、選定基準」欄

- ・導入した雇用管理制度の対象となる労働者の範囲について、✓を入れ、その人数を記入してください。
- ・制度の対象となる労働者の範囲を職種・職務・役職などによって限定した場合は、その理由・必要性を記入してください。
- ・年齢、性別により対象としない者がいた場合又は1年を超える期間を設けて実施頻度を定めた場合は、その旨を記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

※通常の労働者とは、次のいずれにも該当する者をいいます。

- ・事業主に直接雇用される者であって、当該事業主と期間の定めのない労働契約を締結していること。
- ・事業所において正規の従業員として位置付けられていること。
- ・所定労働時間が、当該事業所の同じ職種で働くフルタイムの正規の従業員と同等であること。
- ・社会通念に照らして、また同一企業の他の職種等の正規の従業員及び同業種・同職種の他の企業の正規の従業員と比較して、当該労働者の雇用形態、賃金体系等（例えば長期雇用を前提として待遇を受けるものであるか、賃金の算定方法・支給形態、賞与、退職金、定期的な昇給の有無など）が正規の従業員として妥当なものであること。
- ・雇用保険の被保険者（雇用保険法第38条第1項に規定する「短期雇用特例被保険者」及び同法第43条第1項に規定する「日雇労働被保険者」を除く。）であること。
- ・社会保険の適用事業に雇用されている場合は、社会保険の被保険者であること。

(3) 「検診の実施時期」欄、

- ・健康診断を実施した時期を記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

(4) 「対象者への通知方法・時期」欄

- ・健康診断の対象者への通知方法や通知時期を記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

(5) 「検査結果の活用方法等」

- ・検査結果の活用方法等を記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

(6) 「事業主の費用負担」欄

- ・事業主の費用負担の方法について確認し、✓を入れてください。
- ・費用負担に関する特記事項（労働者が希望した医療機関において本人が負担した費用の半額以上を支給する場合など）

があれば記入してください。

(7) 「その他」欄

- ・その他特記事項があれば記入してください。
- ・認定雇用管理制度整備計画から変更がない場合は「計画のとおり」に✓を入れてください。

4 「4. 施行日等」欄

(1) 「就業規則の労働基準監督署等への届出日又は労働協約の締結日」欄

- ・導入した雇用管理制度を明示した改正後の就業規則について労働基準監督署等への届出を行なった日や労働協約の締結を行った日を記入してください。

(2) 「就業規則又は労働協約に係る従業員への周知日（従業員への書面による周知日、説明会日程等）」欄

- ・改正後の就業規則や労働協約の内容について、従業員に周知（書面による周知や説明会）を行なった日を記入してください。

(3) 「就業規則又は労働協約の施行日」欄

- ・改正後の就業規則や労働協約を施行した日（＝制度を導入した日）を記入してください。

5 「5. 健康づくり制度に係る実施者名簿」

(1) 新たな評価・処遇制度を実施した通常の労働者（3(2)※参照）について、左欄に通し番号を記入してください。

(2) 「③職種」欄

- ・対象労働者ごとの職種（事務、販売、サービス、生産工程等）を記入してください。

(3) 「④勤務先事業所」欄

- ・対象労働者の勤務先の事業所名を記入してください。同時に提出することとなる「事業所確認票（様式a-2）」に記入した事業所の当該番号を記入しても差し支えありません。

(4) 「⑤健康づくり制度の実施日」欄

- ・対象労働者ごとに健康診断等を実施した年月日を記入してください。
- ・なお、制度の実施が複数回に渡る場合は、最初に実施した日を記入してください。

(5) 「⑥受診した健康診断等の種類」欄

- ・当該労働者が受診した健康診断等の種類に✓を入れてください。
- ・労働安全衛生法に定める健康診断受診している場合は、チェック欄に✓を入れてください。（✓がなされない場合は助成金の対象とならない場合がございます。）

(6) 「⑦本人確認」欄

- ・必ず対象労働者本人が署名してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名できない場合に限り、事業主がその理由を別添（任意様式）に記載し、署名してください。