

# 健康づくり制度の実施者名簿

(様式第 a-6 号別紙 3) (H27. 12 改正)

(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	平成 年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	□人間ドック □生活習慣病予防検診				□腰痛健康診断	
				【人間ドックを受診した場合】労働安全衛生法に定める定期健康診断の項目(※裏面)と一緒に受診した					□
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。 平成 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	平成 年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	□人間ドック □生活習慣病予防検診				□腰痛健康診断	
				【人間ドックを受診した場合】労働安全衛生法に定める定期健康診断の項目(※裏面)と一緒に受診した					□
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。 平成 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	平成 年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	□人間ドック □生活習慣病予防検診				□腰痛健康診断	
				【人間ドックを受診した場合】労働安全衛生法に定める定期健康診断の項目(※裏面)と一緒に受診した					□
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。 平成 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	平成 年 月 日	⑥受診した健康診断等の種類 ※該当に☑	□人間ドック □生活習慣病予防検診				□腰痛健康診断	
				【人間ドックを受診した場合】労働安全衛生法に定める定期健康診断の項目(※裏面)と一緒に受診した					□
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。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊦							

【記入上の注意】

健康づくり制度の実施者名簿は次により記入してください。

(1) 新たな健康づくり制度を実施した通常の労働者について、左欄に通し番号を記載し、①から⑦までを記載してください。

なお、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。

- ①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。
- ②事業所において正規の従業員として位置づけられていること。
- ③所定労働時間が、同じ職場で働くフルタイムの正規の従業員と同等であること。
- ④社会通念に照らして、また同一企業の他の職種の等の正規の従業員と比較的して、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。
- ⑤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。
- ⑥社会保険の適用事業所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。

(2) 「③職種」には、対象労働者ごとの職種（事務、販売、サービス、生産工程等）を記載してください。

(3) 「④勤務事業所」には、対象労働者の勤務先の事業所名を記載してください。同時に提出することとなる「事業所確認票（様式 a-2 号）」に記載した事業所の該当番号を記載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」には、対象労働者ごとに健康診断等を実施した年月日を記載してください。

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載してください。

(5) 「⑥受診した健康診断等の種類」には、当該労働者が受診した健康診断等の種類に☑を付けてください。

なお、労働安全衛生法に定める定期健康診断の項目とは以下のとおりです。

<input type="checkbox"/>	既往歴・喫煙歴・服薬歴・業務歴の調査
<input type="checkbox"/>	自覚症状および他覚症状の有無の検査
<input type="checkbox"/>	身長、体重、視力、腹囲、および聴力の検査
<input type="checkbox"/>	胸部X線検査、および喀痰検査
<input type="checkbox"/>	血圧の測定
<input type="checkbox"/>	尿検査（尿中の糖および蛋白の有無の検査）
<input type="checkbox"/>	貧血検査（赤血球数、血色素量）
<input type="checkbox"/>	肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -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、中性脂肪）
<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

(6) 「⑦本人確認」は、必ず対象労働者本人が署名・押印してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名・押印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・押印してください。