

健康づくり制度の実施者名簿

(計 枚中 枚目)

()	①氏名				
	②雇用保険被保険者番号	—			
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)			
	④健康診断等の実施日	平成 年 月 日	⑤受診した健診等 ※該当に○	a 腰痛健康診断 b メンタルヘルス相談	
	⑥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勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)			
	④健康診断等の実施日	平成 年 月 日	⑤受診した健診等 ※該当に○	a 腰痛健康診断 b メンタルヘルス相談	
	⑥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勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)			
	④健康診断等の実施日	平成 年 月 日	⑤受診した健診等 ※該当に○	a 腰痛健康診断 b メンタルヘルス相談	
	⑥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勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)			
	④健康診断等の実施日	平成 年 月 日	⑤受診した健診等 ※該当に○	a 腰痛健康診断 b メンタルヘルス相談	
	⑥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勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)			
	④健康診断等の実施日	平成 年 月 日	⑤受診した健診等 ※該当に○	a 腰痛健康診断 b メンタルヘルス相談	
	⑥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適用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⑥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言います。

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（建助様式第10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。

(3) 「④健康診断等の実施日」には、対象労働者ごとに健康診断を実施した年月日を記載してください。

(4) 「⑤受診した健診等」には、当該労働者が受診した健診等の種類に○を付けてください。

(5) 「⑥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。