

職場での 熱中症対策 義務化へ



2025年6月から罰則的義務化

労働安全衛生法規則4月15日改正、6月1日施行

暑さ指数(WBGT)28以上 または 気温31度以上 で
連続1時間以上 または 1日4時間を超える作業をする場合

早期発見

のための体制整備

熱中症の自覚症状や疑いのある
人がいた場合の報告体制(連絡
先や担当者)を定める

重篤化を防止

するための措置の実施手順の作成

重篤化させないための手順(作業から
の離脱・身体の冷却・医師の処置や受診・緊
急連絡先や搬送先など)を定める

関係作業員への周知

対策の内容を労働者に周知する

事業者が対策を怠った場合・・・

6月以下の懲役 または 50万円以下の罰金 が科される可能性あり



熱中症による死亡事故のほとんどの原因は

初期症状の放置・対応の遅れ



十分な熱中症対策に加え、
現場において「死亡に至らせない」、
「重篤化させない」ことが重要！！

十分な対策をとっていても・・・

もしもの

熱中症に備える!!

<業務中の熱中症> も保障する共済

福祉共済の

ケガ共済

★★★★★
5つ星

詳しくは
裏面へ

主契約 月額掛金 **1,500 円/人**

通院したとき	通院共済金	日額 3,000円
	入院共済金	日額 8,000円
入院したとき	入院初期費用共済金※	50,000円
	手術共済金	50,000円
重大な障害が残ったとき	後遺傷害共済金 第1級～第14級	1,000万円～20万円
死亡したとき	死亡共済金	1,000万円

新安心入院特約 月額掛金 **500 円/人**

特約入院共済金	日額 10,000円
特約入院 初期費用共済金※	50,000円
特約手術共済金	50,000円

主契約に**プラス**すると
入院時に上記金額を上乗せしてお支払い

※「熱中症」は、業務中のみ保障の対象となります。また、入院初期費用共済金のお支払いは対象外となります。

- 上記は、満15歳～満75歳の方の「日常生活中/危険の少ない仕事上の事故・ケガ」に対する共済金額を表示しております。満76歳以降は保障内容が変わります。
- 契約日現在満80歳まで(特約は満74歳まで)の方がご加入でき、満85歳まで(特約は満75歳まで)保障が続けられます。
- このご案内は「福祉共済のケガ共済5つ星」の概要のみを記載したものです。ご契約の際は、「パンフレット」・「重要事項説明書」を必ずご確認ください。
- ご契約に際しては、神奈川県福祉共済協同組合の組合員登録(組合加入・出資金1,000円～/1口100円を10口～)が必要となりますので、予めご了承ください。

お支払事例

40歳代 産業廃棄物処理業 主契約+新安心入院特約(月額掛金2,000円)ご契約の場合

産業廃棄物の中間処理場において、屋外で不燃物の分別作業に従事していたが、終業時刻になっても事務所に戻らなかった。上司が探しに行ったところ意識がない状態で発見され、病院に搬送されたものの、熱中症のため翌日に死亡した。

業務中の熱中症により
入院2日・死亡

入院共済金 日額 8,000円×2日 = 16,000円
特約入院共済金 日額10,000円×2日 = 20,000円
死亡共済金 10,000,000円
支払共済金合計 10,036,000円

福祉共済のケガ共済5つ星ご加入で 貴社の福利厚生制度をさらに 拡充！

● 従業員のワークライフバランスの実現を応援！ 従業員とご家族がご利用できるサービス

- ・ 全国の提携施設で割引優待・サービスが受けられる福利厚生サービス
- ・ 日本各地の景勝地に展開する会員制リゾートホテルを会員価格でご利用可能

● 企業の健康経営®を応援！ いつまでも健康で長く勤めていただくために

- ・ だ液で簡単に「がん」リスク検査ができるキットを組合員特別価格でご提供
- ・ 健康診断の受診で、年1回最大2,000円を補助(加入者限定サービス。一部条件あり)
- ・ ストレスチェック、産業医の選任に対応できるサービス(ストレスチェック初期費用無料)

健康経営®はNPO法人健康経営研究会の登録商標です。

お問合せ・資料のご請求 はお気軽にどうぞ

FAX 045-228-0779

こちらをご記入のうえ送信してください

 **神奈川県福祉共済協同組合**

神奈川県より認可を受けた共済事業協同組合です

住所 横浜市中区元浜町4-32

TEL 045-228-0774 (平日9:00～17:00)

WEB <https://www.fukushikyosai.or.jp/> (QRコード)

【個人情報の取り扱い】本書でご提供いただいた個人情報は、ご請求いただいた資料の送付等共済募集業務の遂行に必要な範囲内でのみ利用させていただきます。また、法令等に基づく場合等を除き、ご本人の同意なく第三者には提供いたしませんので、本件ご同意のうえFAXをお送りください。



貴社名

(ご担当者名

様)

ご住所

お電話番号

メールアドレス

福祉共済のご案内メールをお送りしてもよいですか？☐はい ☐いいえ