

一般社団法人静岡県トラック協会 会長 殿

住 所
事業者名
代表者名

㊞

ドライバー定期健康診断受診促進助成金交付申請書
(兼 助成金請求書)

健康診断受診促進助成金交付要綱第4条に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

記

助成金申請額

円

※訂正不可

※申請人数×1,000円 (一人一回限り)

1. 内 訳

保有車両台数

台

申請人数

名

※上記車両台数以内

(別紙明細書のとおり)

2. 振込先銀行口座

振込先金融機関名	口座名義	口座番号
銀行 信用金庫	(フリガナ)	普通・当座
支店		No. _____
※申請事業者所属のご担当者をご記入ください※		
担当者名	連絡先	TEL () _____ FAX () _____

【添付書類】

①健康診断受診明細書(様式2) ※但し、医療機関等が発行する明細書で「会社名」「受診者氏名」「健康保険者記号・番号」の記載があるもので代用可 (申請人数がわかるよう番号を記載すること) ※その際、健康診断受診明細書(様式2)の「事業所名」「健康保険者証の保険者名称」「医療機関名」を記載の上添付

②領収書(写) 但し、医療機関の発行するもので、「会社名」「健康診断料」「受診人数」の記載があるもの(領収書に受診人数の記載がない場合、①～④の他に受診人数のわかるものを添付)

※振込の場合は②の内容の記載がある「請求書」と「振込の証明」を添付

③厚生労働省年金局発行の直近の『保険料納入告知額・領収済額通知書』の写し

④『助成金振込先通帳』の写し(金融機関名・支店名・カナ名義・口座番号・預金種類記載のページ)※当座預金の場合は、④の内容が記載された小切手帳の表紙の写し等

送付先

〒422-8510 静岡市駿河区池田126-4

一般社団法人 静岡県トラック協会

※トラック健康保険組合と

間違えないようご注意ください

健康診断受診明細書

受診年月日 令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

1. 事業所名

2. 健康保険証の保険者名称 (例：〇〇健康保険組合)

3. 医療機関名 (複数ある場合は／で区切ってご記入ください。用紙を分ける必要はありません)

※申請される方のみ(申請人数)ご記入ください

※助成対象は運転者のみです

※別の用紙で代用する際は、①提出される用紙に、申請人数がわかるよう番号を記載し、②本紙「健康診断受診明細書」を添付してください

No.	受診者名	健康保険証の 記号及び番号	No.	受診者名	健康保険証の 記号及び番号
1		記号 番号	11		記号 番号
2		記号 番号	12		記号 番号
3		記号 番号	13		記号 番号
4		記号 番号	14		記号 番号
5		記号 番号	15		記号 番号
6		記号 番号	16		記号 番号
7		記号 番号	17		記号 番号
8		記号 番号	18		記号 番号
9		記号 番号	19		記号 番号
10		記号 番号	20		記号 番号

※ご記入頂いた個人情報 は 目的以外には使用しません。

※用紙不足の場合は適宜コピーをしてご使用ください。