様式１　（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

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　　　　　　　　　　　　㊞

脳ドック・心臓ドック受診促進助成金交付申請書（兼 助成金請求書）

申請金額					０	０	０	円

※訂正不可

１．検査別内容　　　**※受診時40歳以上の運転者に限る**

検査名	エンジン付保有車両台数（A）	申請人数（B） ※Aを上限とする	申請金額（C）
①脳ドック	台	（B①）　　名	円 【15,000円×B①】
②心臓ドック		（B②）　　名	円 【15,000円×B②】
合　計		名	円

※（B①＋B②）は、（A）を上限とする

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脳ドック・心臓ドック受診明細書（様式２）

②領収書の写し※但し、医療機関が発行するもので「脳ドック」または「脳MRI健診」、「会社名」「受診人数」の記載のあるもの

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(銀行名・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、小切手帳の表紙の写し等口座番号の確認の取れる書類の写し

【１】脳ドック

上記②領収書に「脳ドック」または「脳MRI健診」の記載がない場合…医療機関が発行するもので「脳ドック」または「脳MRI健診」と記載のある請求書または診療明細書の写しを添付すること

【２】心臓ドック

上記②領収書に「心臓ドック」の記載がない場合…医療機関が発行するもので「心臓ドック」と記載のある請求書または診療明細書の写しを添付すること

様式２

脳ドック・心臓ドック受診明細書

受診年月日　　令和　　年　　月　　日から
　　　　　　　令和　　年　　月　　日まで

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康保険者証の保険者名称（例：〇〇健康保険組合）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※受診時40歳以上の運転者が対象です。

No.	該当の☐欄に✔を ご記入ください	受診者名	年齢	健康保険証の記号 及び番号
1	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
2	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
3	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
4	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
5	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
6	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
7	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
8	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
9	☐脳ドック ☐心臓ドック			記号 番号
１０	☐脳ドック ☐心臓ドック			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。