様式１

令和　　年　　月　　日

一般社団法人静岡県トラック協会 会長 殿

郵便番号　　－
住　　所
会 社 名
代表者名
TEL　　（　　）
FAX　　（　　）
（ご担当者名）

代表者印

（個人印不可、県外本社は県内代表者印可）

［令和3年度］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、標記の助成金を受けたく以下の通り申請します。

１．申請金額

金					0	0	0	円

（申請人数×1,000 円、１人１回限り）

２．内訳

保有車両数	台
申請人数 （上記車両台数以内）	名 （別紙明細書のとおり）

３．助成金の振込先

金融機関名	銀　行 信用金庫	支店名	支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義	（会社名のみで「代表者名は不要」です）		

４．添付書類

①「健康診断明細書（様式２）」…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」の記載のあるもので代用可（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」を記載の上で添付のこと）
②「領収書」の写し…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、受診人数のわかるものを添付）
③「保険料納入告知額・領収済額通知書」の写し…厚労省年金局が発行する直近のもの
④振込先通帳（小切手帳）の写し…金融機関（支店）名・口座名義・口座番号記載のもの

【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宛ではありません）

様式２

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：○○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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康保険証の 記号	

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