

一般社団法人静岡県トラック協会 会長 殿

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



(個人印不可。県外本社は
 県内営業所等の角印可)

【令和4年度】 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)

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
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

(受診時40歳以上の運転者が対象です)

2. 検査別内容

検査名	エンジン付き保有車両台数 (A)	申請人数 (B) 【Aを上限とする】	申請金額
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

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 「脳ドック・心臓ドック受診明細書(様式2)」
- ② 「領収書」の写し…医療機関の発行するもので、「脳ドック」・「脳MRI健診」または「心臓ドック」、「会社名」、「受診人数」の記載があるもの(領収書に記載がない場合は、記載のある「請求書」または「診療明細書」も添付のこと)
- 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(カナ)・預金種類・口座番号記載のもの

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

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。用紙を分ける必要なし。）

健康保険証の 記号	
--------------	--

※受診時40歳以上の運転者が対象です。

No.	該当の□欄にレ点を記入	受診者名	年齢	健康保険証の番号
1	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
2	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
3	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
4	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
5	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
6	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
7	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
8	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
9	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
10	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号

※ご記入いただいた個人情報に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してください。