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

(**個人印不可**。県外本社は**県内**営業所等の角印可）

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

[令和４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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 円 |

１．申請金額

（申請人数×1,000円、１人1回限り）

２．内訳

|  |  |
| --- | --- |
| 保有車両数  ※エンジン付き車両のみ | 台 |
| 申請人数 | 名  **（上記の保有車両台数以内）** |

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：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）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |