

一般社団法人静岡県トラック協会長 殿

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

[令和6年度] ドライバー定期健康診断受診料助成金交付申請書(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×上限 2,000 円※、1 人 1 回限り)

※1 名あたりの健診費用が 2,000 円未満の場合は健診費用の千円未満切捨て

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)
- 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、受診人数のわかる書類を添付すること。(例) 検査明細書など

注 1) ただし、健康診断結果などの個人情報をも多く含むものについては個人情報保護の観点から、添付しないようお願いいたします。
注 2) 原則、領収書の写しを添付願います。ただし、医療機関等での発行が困難な場合は、「請求書」と「請求書の記載金額に対してお支払いが完了出来ていることが確認できる書類」(銀行の振込用紙の控えなど)の添付でも可とします。

- ③ 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 静岡県駿河区池田 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)

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

※記号についてはすべて数字のみとなります。

※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

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