

健康診断受診料助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益社団法人 岩手県トラック協会長 殿

会 員 事 業 者 名

代 表 者 名 印

健康診断受診料助成事業実施要綱に基づき、下記の通り助成金の交付を申請いたします。

記

申請金額	円 (A+B)
------	---------

※受診料(税抜)が、各々3,000 円・1,500 円に満たない場合は、実費額(税抜)を助成
※税抜額の算出は、小数点以下切捨て
※オプション検査は、助成対象外

< 受診者内訳等 >

受診医療機関	定期・雇入時 (@3,000)	深夜従事者 (@1,500)
	受診者数 × 助成額 (単価) = 助成額 (合計)	受診者数 × 助成額 (単価) = 助成額 (合計)
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円
	名 × @ 円 = 円	名 × @ 円 = 円

合 計

名 円

…A

名 円

…B

< 振込先 >

銀 行 名		支 店 名	
預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号	
口座名義			

< 添付書類 >

☐	(様式 2)	健康診断受診者一覧表
☐	請求書	発行されなかった場合は不要。請求書名は、事業者名のみ対象。
☐	受診医療機関の領収書 (写)	領収書が入手できない場合は、その他規定の支払いを証する書類(写) 詳しくは、健康診断受診料助成金交付要綱(協会 HP)をご覧ください。 領収書名は、事業者名のみ対象。

健康診断受診者一覧表

事業者名

NO	受診者名	受診医療機関	助成額(単価) ※税抜き ※オプション除く	健康診断の種類	
				定期・雇入時 (受診年月日)	深夜従事者 (受診年月日)
1			@ 円	年 月 日	年 月 日
2			@ 円	年 月 日	年 月 日
3			@ 円	年 月 日	年 月 日
4			@ 円	年 月 日	年 月 日
5			@ 円	年 月 日	年 月 日
6			@ 円	年 月 日	年 月 日
7			@ 円	年 月 日	年 月 日
8			@ 円	年 月 日	年 月 日
9			@ 円	年 月 日	年 月 日
10			@ 円	年 月 日	年 月 日
11			@ 円	年 月 日	年 月 日
12			@ 円	年 月 日	年 月 日
13			@ 円	年 月 日	年 月 日
14			@ 円	年 月 日	年 月 日
15			@ 円	年 月 日	年 月 日
16			@ 円	年 月 日	年 月 日
17			@ 円	年 月 日	年 月 日
18			@ 円	年 月 日	年 月 日
19			@ 円	年 月 日	年 月 日
20			@ 円	年 月 日	年 月 日
21			@ 円	年 月 日	年 月 日
22			@ 円	年 月 日	年 月 日
23			@ 円	年 月 日	年 月 日
24			@ 円	年 月 日	年 月 日
25			@ 円	年 月 日	年 月 日
合 計				定期・雇入時 _____ 名 (@3,000 円)	深夜従事者 _____ 名 (@1,500 円)

- ※ 受診年月日は、『定期・雇入時』および『深夜従事者(2回目)』の該当する項目ごとに記載してください。
- ※ 申請金額および受診者数は、**ドライバー分のみ**記載してください。
- ※ 助成対象は、当該年度に受診したものに限りです。申請書は 3月 15 日(土日祝日の場合は、直前の平日)
必着で提出してください。