



年 月 日

会員番号

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

(必ず記入して下さい)

一般社団法人神奈川県トラック協会
会 長 殿住 所
事業者名
代表者名

会社印

運転者健康診断受診促進助成金申請・請求書

当社は、「運転者健康診断受診促進助成金交付要綱」に基づき、所定申請期間内を以て関係書類を添えて申請致します。なお、「助成金交付要綱」を参照したことを申し添えます。

※当申請は、令和5年2月28日必着までとする。

1. 助成金額

助成金額	金 _____ 円	3,000 円 × (_____ 名)
------	-----------	----------------------

事務局使用欄

--

2. 添付書類の確認（下記の必要書類を添付してください）

チェック欄	必 要 書 類 (①②とも必要です)
<input type="checkbox"/>	①医療機関からの請求書の写し（医療機関窓口で支払いした場合を除く）
<input type="checkbox"/>	②費用支払いを証する書類（領収証・振込票等）の写し

3. 振込先

フリガナ	
①振込先	銀行・信金 支店
②預金種別・口座番号	普通 当座 口座番号
フリガナ	
③氏名 口座名義人	

4. 連絡先

担当者名	電話番号	
	FAX 番号	

※頂いた情報は助成事業以外の目的に使用することはありません。

事務局使用欄

--	--	--	--

参 考 定期健康診断項目（労働安全衛生規則第44条）

※下記の診断項目を全て受診された方のみ助成対象となります。

- | | | | | | |
|------------------------|----------------------|-----------|---------|---------|-----------|
| 1. 既往歴および業務歴の調査 | 2. 自覚症状および他覚症状の有無の検査 | | | | |
| 3. 身長、体重、腹囲、視力および聴力の検査 | 4. 胸部エックス線検査 | 5. 血圧の測定 | | | |
| 6. 貧血検査 | 7. 肝機能検査 | 8. 血中脂質検査 | 9. 血糖検査 | 10. 尿検査 | 11. 心電図検査 |

※予約制による健康診断を受診された場合は、助成金を差し引いて医療機関から請求が届きますので、助成金の申請は必要ありません。