



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書

当社は、「運転者健康診断受診促進助成金交付要綱」を遵守することを誓約し、所定申請期間内を以て、関係書類を添えて助成金の申請を致します。※当申請は、令和6年2月29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

※領収書等の宛名が個人名の場合には、運転者台帳の写し又は在職証明書を添付してください。

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

※頂いた情報は運転者健康診断受診促進助成事業以外の目的に使用することはありません。

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。