

◇ 脳ドック・心臓ドック検査費助成

トラックドライバーが運転中における突発性運転不能障害を引き起こす原因になりかねない
脳疾患・心臓疾患の予防を目的に脳ドック・心臓ドック検査費用の一部を助成します。

【助成対象】 三重県内の営業所に従事しているトラック運転者が脳ドック・心臓ドック検査を受診し
R7.4.1～ R8.3.31の間に支払いが完了しているもの。
なお、R7年3月31日以前に受診し、R7年4月1日以降に支払ったものは助成対象になります。
経営者ならびに事務職の方は対象外となりますが、運転手を兼任している場合は対象となります。

【申請期間】 R7. 6. 2 ～ R8. 3. 31 （予算枠に達し次第、受付終了）

【申請書類】検査及び支払い完了後に協会へ申請

- ①助成申請書
- ②内訳書
- ③請求明細書(写)
- ④領収書(写)又は振込通知書(写)

【助成金額】 検査費用×1/2（千円未満切捨て）

④は原則会社宛であること(個人名では×)

【上限】

運転者1名につき1万円
但し、1社につき20名まで

注意

- ・ 受診者本人が会社の協会けんぽ又は健康保険組合に加入していることが必要です。
- ・ 利用運送事業・旧営業区域事業者様は対象外です。
- ・ 請求明細書に【脳ドック】又は【心臓ドック】と明記してあること。
※但し、脳ドックの場合 頭部MRIと頭部MRA 心臓ドックの場合 MRIとCT を検査していれば対象です。

年 月 日

一般社団法人 三重県トラック協会長 殿

住 所
事 業 者 名
代 表 者 名

印

脳ドック・心臓ドック検査費助成申請書

脳ドック・心臓ドック促進助成事業について、貴協会の助成を受けたく下記のとおり報告・助成申請をいたします。

1. 助成金額： _____ 円（千円未満切捨て）
検査費用（税込）× 1 / 2 = 1 万円（上限）

申請者数 _____ 名 1 社 20 名まで

2. 助成金申請における確認事項 【必ず確認の上 ☒ してください】

I. ☐ 当社は社会保険等に参加しています 健康保険証の事業所記号 [_____] ←記入して下さい ☐ 当社は社会保険非適用事業所であることに間違いありません(従業員5人未満)
II. ☐ 直近までの会費の納入が完了しています
III. ☐ 三重県内の営業所所属の運転手で間違いありません
IV. ☐ 起算日から3ヶ月以内の申請です（4～5月分は8月末まで申請可）

3. 助成金の振込先 【どちらかに ☒ してください】

- ☐ 登録済みの振込口座へ振り込む *確認のため口座番号は必ずご記入ください
☐ 下記口座に登録を変更する（助成金毎や営業所毎に別の口座は登録できません）

振込先金融機関名	口座名義	口座番号
_____ 支店	(フリガナ) _____ _____	普通 ・ 当座 No. _____ 口座番号は必ずご記入ください

担当者名 _____ 連絡先 TEL(_____) _____

4. 添付書類

- ①内訳書
②請求明細書（写） ※受診者数、検査項目が確認できるもの
③領収書（写）又は振込通知書（写） ※原則として会社宛で個人名は×
※領収書又は振込通知書と②の請求金額は一致していること

(別 紙)

脳ドック・心臓ドック検査内訳書

会社名 _____

検査医療機関名： _____

番号	検査日	氏 名	検査種類 (どちらかに○をお願いします)	助成金額 (千円未満切捨て)
1	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
2	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
3	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
4	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
5	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
6	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
7	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
8	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
9	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
10	年 月 日		脳ドック・心臓ドック	円
合 計				円

※用紙不足の場合は適宜コピーをしてご使用ください

【注意事項】

- ・三重県内の営業所に従事していること
- ・検査費用の 1 / 2 = 三ト協の助成(千円未満切捨て)
1 名につき 1 万円(上限 1 社 2 0 名まで)