

◆ 脳ドック・心臓ドック検査費助成

日夜輸送業務に従事する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疾患(脳疾患・心臓・血管疾患)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
R3.2.1～ R4.1.31の間に支払いが完了しているもの
なお、R3年1月31日以前に受診し、R3年2月1日以降に支払ったものは助成対象になりません。
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】 R3. 6. 1 ～ R4. 1. 31 (予算枠に達した場合、受付を終了します)

【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

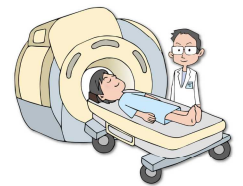
③請求明細書(写)

④領収書(写)又は振込通知書(写)

④は原則会社宛であること
(個人名では×)

【助成金額】 検査費用×1/2(千円未満切り捨て)

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。
- ・ 利用運送事業・旧営業区域事業者様は対象になりません、ご了承ください。
- ・ 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
会長 小林 俊二 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. <input type="checkbox"/> 当社は社会保険等に加入しています 健康保険証の事業所記号 [_____] ←記入して下さい <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 直近までの会費の納入が完了しています
III. <input type="checkbox"/> 三重県内の営業所所属の運転手で間違いありません
IV. <input type="checkbox"/> 起算日から3ヶ月以内の申請です (2~5月分は8月末まで申請可)

3. 助成金の振込先

振込先金融機関名	口座名義	口座番号
	(フリガナ)	普通 ・ 当座
支店		No.

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20名まで)