

## ◆ 突発性運転不能障害疾患予防対策助成

公共の道路を利用し、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)を予防することにより、一般市民を巻き込む重大交通事故等死傷事故を防止し、より一層の交通安全に寄与することを目的とする

【対象検査】 H24. 3. 1～H25. 1. 31迄に下記の検査を受診し支払いが完了している会員事業所

【助成対象】 法定の健康診断を受診済みである会員事業所に雇用されていて社会保険に加入しているトラック運転者  
注)法定健康診断より先に下記検査を受診した時は、助成対象外 経営者は対象外

### 【対象検査】 **A 突発性運転不能障害疾患予防対策検査**

【若年者】 34歳以下、36～39歳

糖尿病検査(血糖、HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)の両方

〔助成額〕 検査費用×1/2助成 (消費税込み・100円未満切捨て) (上限3,000円)

【中・高年者】 35歳、40歳以上 (※下記にある①～③すべて受診のこと)

- (
- ①糖尿病検査(血糖、HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)の両方
  - ②代謝系検査(尿酸)
  - ③胃機能検査(クレアチニン)
- )

〔助成額〕 検査費用×1/2助成 (消費税込み・100円未満切捨て) (上限3,000円)

### **B 脳ドック/心臓ドック検査**

各医療機関が指定する脳又は心臓ドック検査を受診したトラック運転者

〔助成額〕 検査費用×1/2助成 (消費税込み・100円未満切捨て) (上限10,000円)

※脳及び心臓ドック検査を同じ方が受診した時は、どちらかで申請

※A・Bそれぞれで、1社につき20名を上限(A及びBの検査を同じ方が受診した時でも申請可)

【申請期間】 H24. 6. 1～H25. 1. 31 (予算枠に達した場合、受付は終了します)

※実施後(支払後) 3ヶ月以内に申請

但し3～5月迄に導入をした場合は9月末までに申請

(注意)1月末頃の実施で領収書など発行先からの書類が届かず申請×切に間に合わない場合は、申請書は1月末迄に提出し添付書類は2月中旬迄に提出すること

領収書・振込通知書は1月末迄の日付に限る

【申請書類】

①助成申請書

②受診者名簿(別紙)

③検査医療機関発行の請求書(写)

※検査項目及び受診者数が請求書に明記されていない場合は健康診断結果通知表(写)等を添付

④検査医療機関発行の領収書(写)又は振込通知書(写)等

※原則として会社宛で、個人名は×

社団法人 三重県トラック協会  
会長 西野 衛 殿

住 所  
事業者名  
代表者名

印

## 突発性運転不能障害疾患予防対策助成申請書

突発性運転不能障害疾患予防対策助成事業要綱に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

助成金額 \_\_\_\_\_ 円 (100円未満切捨て)

- ① 若年者対象検査、②中・高年対象検査  
※検査費用の1/2 (消費税込み) × 受診者数 [上限 3,000円]  
(年1人1回限り 上限:1会員につき20名)
- ③ 脳ドック検査、④心臓ドック検査  
※検査費用の1/2 (消費税込み) × 受診者数 [上限 10,000円]  
(年1人1回限り 上限:1会員につき20名)

### 1. 内訳

受診者数 \_\_\_\_\_ 計 \_\_\_\_\_ 名 (別紙: 受診者名簿のとおり)

### 2. 添付書類

- ①受診者名簿 (別紙)
- ②検査医療機関発行の請求書(写)  
※検査項目及び受診者数が請求書に明記されていない場合は、  
健康診断結果通知表(写)等を添付
- ③検査医療機関発行の領収書(写)又は振込通知書(写)等 ※原則として会社宛で、個人名は×

### 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)	
支店		普通・当座 No. _____

担当者名 \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL ( ) \_\_\_\_\_

申請期限 平成25年1月31日(必着)

(別紙)

## 受 診 者 名 簿

平成 年 月 日

下記受診者は、当事業所が常時雇用するトラック運転者であり、助成要綱に基づき受診したことを証明致します。

1. 検査名

①若年者対象検査 ②中・高年対象検査 ③脳ドック検査 ④心臓ドック検査

2. 検査医療機関名： \_\_\_\_\_

No.	【法定健康 検診日】	【突発性運転不能障 害疾患予防検診日】	氏 名	検査名 (①~④)	年齢	健康保険証 記号の番号	助成額(100円 未満切捨て)
1	年 月 日	年 月 日					¥
2	年 月 日	年 月 日					¥
3	年 月 日	年 月 日					¥
4	年 月 日	年 月 日					¥
5	年 月 日	年 月 日					¥
6	年 月 日	年 月 日					¥
7	年 月 日	年 月 日					¥
8	年 月 日	年 月 日					¥
9	年 月 日	年 月 日					¥
10	年 月 日	年 月 日					¥

↑【法定健康検診日】以降が対象

(注意) この様式は、必ず検査医療機関名ごとに作成し、申請書に添付して下さい。

なお、10名以上受診された場合は、必要部数分コピーし、1枚ごとに代表者の  
証明印を押印のうえ作成して下さい。

経営者は対象外です。