◆ 健康診断受診費助成

交通安全対策の一環として輸送の安全確保に不可欠な運転者の健康状態を把握する為に健康診断を受診した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労働安全衛生法に定める健康診断を受診し
R5.4.1～ R6.3.31の間に支払いが完了しているもの
なお、R5年3月31日以前に受診し、R5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】 R5. 6. 1 ～ R6. 3. 31 （予算枠に達した場合、受付を終了します）

【助成金額】 運転者1名につき **3,000円**／年1回
受診費用が3,000円に満たない場合はその金額が助成額となります。

【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) 受診者数が確認できること
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×）

《1社あたりの上限》
三重県内の事業用ﾄﾗｯｸ（被牽引車を除く）
の保有台数と同数まで
※但し令和5年3月末での保有台数とします

注意

- 支部で実施をしている集団健康診断も助成の対象となります。
- 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になりません、ご了承ください。

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　　㊞

健康診断受診費助成金申請書

トラック運転者の健康診断に係る助成金の交付を請求いたします。

1．助成金額：　　円

受診者数×3,000円　【運転者1名につき3,000円／年1回】

申請回数(今年度)	初回　・　2回目以降　（どちらかに〇をお願いします）
受診した医療機関	※　複数機関で受診の場合は別紙内訳書へ記入してください 医療機関名： 住　　所：
受診者数（対象者数）	名　　※経営者・事務職・作業職は対象外 ただし、運転手を兼任している場合は対象

※記入しないでください

三ト協確認欄	R5年3月末　車両台数（被牽引車を除く）	台

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 ☐　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

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（複数機関で受診がある場合）

②請求明細書（写）　※受診者数が確認できるもの

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）

健康診断受診助成金内訳書

会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請回数（今年度）	初回　・　２回目以降　（どちらかに○をお願いします）

番号	受診した医療機関		受診者数（対象者数）	助成金額（受診者数×3,000円）
	医療機関名	住所		
1			名	円
2			名	円
3			名	円
4			名	円
5			名	円
6			名	円
7			名	円
8			名	円
9			名	円
10			名	円
合　計			名	円

※用紙不足の場合は適宜コピーをしてご使用ください