

◇ 健康診断受診費助成 一部変更

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】 三重県内の営業所で運送事業に従事する者が労働安全衛生法に定める健康診断を受診しR8.4.1～ R9.3.31の間に支払いが完了しているもの。
なお、R8年3月31日以前に受診し、R8年4月1日以降に支払ったものは助成対象になります。
利用運送事業・旧営業区域事業者の方も申請できるようになりました。

【申請期間】 R8. 6. 1 ～ R9. 3. 31 (予算枠に達し次第、受付終了)

【助成金額】 運転者1名につき **3,000円**/年1回
(3,000円未満の場合は受診費用の千円未満切り捨て)
例)受診費用 2,673円 → 申請金額 **2,000円**

【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×)

【上限】

1社につき三重県トラック協会へ報告済みの
運送事業従事者数まで

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必要があります。

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

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 (千円未満切捨て)

受診者数×3,000円 【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(千円未満切捨て)までを助成

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)
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

※記入しないでください

三ト協確認欄	従業員数(三重県トラック協会へ報告済みの運送事業従事者数)	名
--------	-------------------------------	---

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従事者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)
------------	----------------------------

【注意】 健診金額によって記入欄が分かります

番号	受診した医療機関		受診者数 (対象者数)	助成金額
	医療機関名	住所		
1			3,000X 名	円
			2,000X 名	円
2			3,000X 名	円
			2,000X 名	円
3			3,000X 名	円
			2,000X 名	円
4			3,000X 名	円
			2,000X 名	円
5			3,000X 名	円
			2,000X 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