様式１（第４条関係）

令和 年　　 月　　 日

公益社団法人 大分県トラック協会長 殿

住　　所

会 社 名

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**健康診断等受診促進助成金交付申請書**

健康診断等受診促進助成金交付要綱第４条に基づき、助成金の交付について

下記のとおり申請します。

記

**助成金申請額 　　　　　　　　円（※受診者数　　　名×１，５００ 円）**

　　　　　　　　　　　（※受診者数は、乗務員のみ）

１．内訳

受診者数　 計　　　 名

（うち、要経過観察　　名、要精密検査　　名、要治療　　　名、要再検査　　　名）

２．振込先銀行口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支 店 名 |  |
| 種　別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | （ふりがな） | | |
|  | | |



ご不明な点は、協会事務局までお問い合わせください。（ＴＥＬ ０９７-５５８-６３１１）

様式２

**健　康　診　断　等　受　診　者　明　細　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 保険者番号 |  |
| 受診医療機関名 |  |
| 検診年月日 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 受診者名 | 健康保険被保険者証の記号・番号 | № | 受診者名 | 健康保険被保険者証の記号・番号 |
| １ |  |  | 21 |  |  |
| ２ |  |  | 22 |  |  |
| ３ |  |  | 23 |  |  |
| ４ |  |  | 24 |  |  |
| ５ |  |  | 25 |  |  |
| ６ |  |  | 26 |  |  |
| ７ |  |  | 27 |  |  |
| ８ |  |  | 28 |  |  |
| ９ |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 32 |  |  |
| 13 |  |  | 33 |  |  |
| 14 |  |  | 34 |  |  |
| 15 |  |  | 35 |  |  |
| 16 |  |  | 36 |  |  |
| 17 |  |  | 37 |  |  |
| 18 |  |  | 38 |  |  |
| 19 |  |  | 39 |  |  |
| 20 |  |  | 40 |  |  |

上記の者は、当事業所に在籍する乗務員であることに相違ないことを証明致します。

|  |
| --- |
| 代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※　ご記入頂いた個人情報は、目的外では使用いたしません。

※　複数の医療機関で受診している場合や記入欄不足の際は、適宜コピーをしてご使用下さい。

様式２

**健　康　診　断　等　受　診　者　明　細　書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 受診者名 | 健康保険被保険者証の記号・番号 | № | 受診者名 | 健康保険被保険者証の記号・番号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

上記の者は、当事業所に在籍する乗務員であることに相違ないことを証明致します。

|  |
| --- |
| 代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※　ご記入頂いた個人情報は、目的外では使用いたしません。

※　複数の医療機関で受診している場合や記入欄不足の際は、適宜コピーをしてご使用下さい。