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

**深夜業務従事者健康診断推進助成申請書**

深夜業務従事者健康診断推進助成要綱第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名あたり受診料の上限１，０００ 円）**

　　　　　　　　　　　　　　　　（※受診者数は、会員名簿の台数（被牽引車を除く））

１．内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①会員名簿登録台数 | ②助成対象受診者数 | ③今回助成数 | ④申請金額 |
| （上限数） | （深夜業務従事者）※乗務員 | （申請人数） | （@1,000円×申請人数） |
| 台 | 人 | 人 | 円 |

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

**深夜業務従事者健康診断受診者明細書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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

**深夜業務従事者健康診断受診者明細書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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。