



令和4年度 健康診断受診料助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益社団法人 広島県トラック協会
会長 小丸成洋 殿

住 所
氏名又は名称
代表者名
電話番号
FAX番号
担当者氏名



標記につきまして、下記のとおり受診しましたので、助成金の交付を申請します。

助成金申請額 _____ 円 (③×2,000円)

※ 申請は1事業者1回限り

1. 内訳

本年4月1日現在の事業用トラック保有台数	(端数切上)	助成限度	受診者
_____ 台	×1.2 =	_____ 人	① _____ 人

①のうち、特定(深夜)業務従事者健康診断受診者	助成金対象数(①+②)
② _____ 人	③ _____ 人

受診医療機関			
名称		名称	
名称		名称	

※受診医療機関が4機関を超える場合は、別紙(任意様式)を添付してください。

2. 振込先

金融機関名	銀行コード番号	支店名	支店コード番号
口座番号	(1.普通・2.当座)	No.	
口座名	フリガナ		

※協会本部へ提出してください。(記入漏れがある場合は、申請を受理できません。)

3. 添付書類

(1) 健康診断受診者名簿(様式2号)

(2) 検査医療機関発行の領収証の写(事業者宛のものに限る。従業員個人宛は不可。)

※ 受診人数が記載されていない領収証及び払込金受取書等の写しの場合、検査医療機関発行の請求書の写(受診人数、検査内容及び健康診断料(単価)を記載したもの)を添付すること。

(3) 振込先確認のため、預金通帳の口座名義(フリガナ、支店名)記載ページの写