

(様式2号)

脳ドック・心臓ドック受診者名簿

事業者名 _____

※注1 脳ドック・心臓ドックを受診した運転従事者のみ記載して下さい。

(事務員、作業員等は助成対象外です。)

※注2 社会保険未加入の方は助成対象外です。

※注3 助成金額は、検査費用(消費税抜き)の2分の1以内の額(千円未満切り捨て)

ただし、1人1回、上限10,000円とする。(脳ドック及び心臓ドックの両方を受診する場合を含む。)

助成人数は、1事業者5人とする。

No	受診日	運転従事者氏名	社会保険	検査種類 (受診した検査に ○をしてください。)	検査医療機関
例	12/20	○○ ○○	加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	○○○○病院
1	/		加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	
2	/		加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	
3	/		加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	
4	/		加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	
5	/		加 入 ・ 未加入	脳ドック ・ 心臓ドック	