

香ト協 健康診断受診助成 金交付申請書 (第1条 係)	確認番号 香健 香健 成 数(%) (事業用トラック保有台数)	受付印
--------------------------------------	--	-----

(一社)香川県トラック協会 会長 殿

所在地 高松市
会社名 ○×運送株式会社
代表者名 代表取締役 ○×太郎 印

“会社印”を
お忘れなく。
(コピー不可)

令和○年度 定期健康診断受診料助成金交付申請書(兼請求書)

定期健康診断受診促進 貴会の助成を受けたく下記のとおり申請いたします。

1. 助成請求金額等

健康診断5名、脳ドッグ1名 (受診料3万円)にて受診した場合	
健康診断: 15,000円×5=7,500円	
脳ドッグ: 30,000円÷1/2=15,000円	
合計: 7,500円+15,000円=22,500円	22,500 円
受診者数	5 名
受診者数(脳ドッグ)	1 名

※ 令和5年4月1日時点の事業用トラック保有台数が、助成上限数となります。

ただし、令和5年2～3月に受診され助成請求された場合は、その時点の保有台数を助成上限数とします

※ 脳ドッグの助成上限数は2名までとなります。

2. 振込先

振込先金融機関名	○×△	銀行	信用金庫	信用組合	支店			
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5
フリガナ	マルバツウソウ ダイヒョウトリシマリヤク マルバツタロウ							
氏名 (預金口座名義)	○×運太郎							

記入者(担当者)のお名前

3. 振込先(申請会員事業者)

TEL	012-3456-789
FAX	789-6543-210

“添付書類”を
お忘れなく。

【添付書類】

- 定期健康診断受診者名簿(様式2)
- 検査医療機関発行の請求書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)
- 検査医療機関発行の受診者一覧表等の写(請求書等に記載があれば必要ありません。)
- 検査医療機関発行の領収書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)

※領収書の写は、振込金受取書等の写でも可

提出期限:一次締(令和○年○月○日(○))香ト協必着
提出期限:二次締(令和○年○月○日(○))香ト協必着