

香ト協 健康診断受診助成 金交付金 (第1条)係	確認番号 ○香健 ○香健 数(名) (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 殿

所在地

高松

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

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：1,500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

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

	22,500 円
受診者数	5 名
受診者数(脳ドッグ)	1 名

※ 令和8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。

※ 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)	012345	
フリガナ	マルバツウンソウ 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. 不備等がある場合の連絡先

“添付書類”を
お忘れなく。

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

【添付書類】

(1) 定期健康診断受診者名簿(様式2)

(2) 定期健康診断等受診者名簿(検査医療機関証明印あり)(様式3)(請求書等に記載があれば必要ありません。)

(3) 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。)

(4) 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