

(様式1)

令和 年 月 日

(一社) 兵庫県トラック協会 会長 殿

住 所

事業者名

代表者名

担当者名

TEL/FAX

/

代表
者印

令和7年度 健康診断受診料助成金申請書

下記の通り県内事業所に在籍する選任運転者(運転者台帳作成)に労働安全衛生法で義務付けのある健康診断を実施しましたので、関係書類を添えて申請いたします。

記

1. 実施期間 自:令和 年 月 日 ~ 至:令和 年 月 日

2. 受診機関

3. 申請人数及び金額 (1名につき 1,500円)

_____ 名 (申請金額 _____ 円也) 【参考】 兵庫届出台数 _____ 台

4. 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	当座・普通	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

5. 過去の申請人数及び申請日(当該年度) 延べ200名上限(深夜業務従事者のみ2回申請可)

1回目(/)	2回目(/)	3回目(/)	4回目(/)	計
人	人	人	人	人

6. 添付書類

- 健康診断受診者名簿(様式2)
- 受診者名又は受診者数が明記された受診機関発行の請求書の写し及び領収証の写し
 - 請求書が発行されていない場合、領収証に受診者名又は受診者数が明記されたもの
 - クレジットカード払いの場合、カード会社発行の利用明細書の写し及び口座から引き落とされたことがわかる書類