

令和 年 月 日

(一社) 埼玉県トラック協会 会長 様

所属支部 _____

〒
住 所
会 社 名
代 表 者
担当者名
電話番号
FAX 番号
会社印

健康起因事故防止助成金事前申請書

この度、当社従業員が下記の健康起因事故防止健診を受診予定ですので、事前申請いたします。

記

- 1 受診予定者及び実施予定日等 別紙1に記載
- 2 助成申請予定額 ☐脳ドック 金 _____ 円
 ☐頸動脈エコー 金 _____ 円
 ☐心エコー 金 _____ 円
- 3 添付書類 ① 別紙1 予定者名簿

以下は、記入しないで下さい。

上記の申請について交付を仮決定いたします。

令和 年 月 日
一般社団法人 埼玉県トラック協会

留意事項

受診及び支払完了後、令和8年3月6日までに以下の書類を提出して下さい。

- ① 様式4 申請書兼実績報告書(請求書)
- ② 受診を挙証するもの、受診者の氏名の分かるもの
- ③ 領収書の写し又は振込依頼書等振込の確認がとれるものの写し
- ④ 助成金事前申請書(受付印のある本書面の写し)

受付No.

健康起因事故防止助成金 予定者名簿

会社名

健診の種類 該当欄に☑を入れて下さい	(フリガナ) 氏 名	助成額	実施予定日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日
☐ 脳ドック ☐ 頸動脈エコー ☐ 心エコー ☐ あたまの健康チェック®	()	受診費用(税込) 円 <u>助成額(計算式による)</u> 円	月 日

助成金計算式 該当する検査に応じて計算して下さい。

- 【脳ドック…受診費用の1/2 上限 10,000円】
 【頸動脈エコー…受診費用の1/2 上限 1,500円】
 【心エコー…受診費用の1/2 上限 4,000円】
 【あたまの健康チェック®…一律 1,630円】

※足りない場合はコピーしてお使いください