※提出期日：令和８年３月６日必着（ＦＡＸの提出は不可）

様式 ４

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　　 　会社印

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

**健康起因事故防止助成事業実績報告書（請求書）**

この度、下記のとおり健康起因事故防止健診を受診したので、関係書類を添えて報告（請求）いたします。

記

１　健診の種類（該当事項に☑を入れて下さい） □脳ドック

□脳MRI健診

□頸動脈エコー

□心エコー

２　助成請求額　　　　　　　　　 　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　 　　円

３　添付書類　 ①　受診を挙証するもの

②　受診者の氏名の分かるもの（受診の挙証に氏名の掲載がある場合は、不要）

③　請求書

④　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

「標準的な運賃」

届出いずれかに

チェック☑

□「標準的な運賃」を運輸支局へ届出済で、令和6年度以降の埼ト協助成金を受けている

□令和6年度以降埼ト協助成金を初めて利用する　→　「標準的な運賃届出」受付印の写しを添付

□「標準的な運賃届出」を運輸支局に届出していない　→　助成対象外

　　　　　　※本報告書に記載された個人情報については、受診に係る事実確認のため当該医療機関

に照会する場合を除き、第3者への開示はいたしません。

４　申請額の振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①振込先金融機関 | ②口座名（フリガナ） | ③口 座 番 号 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **普通　・　当座**№　　　　　　　　　　　　 |

①　振込先金融機関 … 〇〇銀行〇〇支店、と支店名まで明記。

**受付№**

②　口 座 名 … 申請者と同一法人名・代表者名を明記。

③　**振込先　…　個人への振込は出来ません。必ず会社名義の口座に限ります。**