

(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  
F A X 番 号

会社印

### 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

※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、第三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 No. _____

- ① 振込先金融機関 … ○○銀行○○支店、と支店名まで明記。
- 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。

受付No.