



【様式1】  
年 月 日

(公社) 奈良県トラック協会  
会 長 殿

住 所  
会 員 名  
代表者名  
T E L  
担当者名

印

### 定期健康診断受診促進助成金交付申請書

定期健康診断受診促進助成金交付要綱第6条に基づき、下記のとおり申請します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円 (金額訂正不可)  
(一般 2, 000円×受診人数+高年齢者【55歳以上】 3, 500円×受診人数)

1. 受診年月日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 受診人数

一 般 \_\_\_\_\_ 人      高年齢者 \_\_\_\_\_ 人

3. 振込先

|                |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|----|----|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名          |    |    | 支店名  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種類<br>(該当に○) | 普通 | 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ           |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義           |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |

4. 添付書類

☐ 定期健康診断受診者名簿

☐ 高年齢者については、年齢が確認できる証明書（運転免許証等）の写し

☐ 受診にかかる領収証（受診者名、受診日及び受診料(単価)記載）の写し **（事業者宛のものに限る。従業員個人宛は不可。）**

※領収証がない場合は、受診にかかる請求書（受診者名、受診日及び受診料(単価)記載）の写し及び金融機関等の振込依頼書等の写し

**定期健康診断受診者名簿  
(一般)**

会員名

| No. | ふりがな<br>氏 名 | No. | ふりがな<br>氏 名 |
|-----|-------------|-----|-------------|
| 1   |             | 16  |             |
| 2   |             | 17  |             |
| 3   |             | 18  |             |
| 4   |             | 19  |             |
| 5   |             | 20  |             |
| 6   |             | 21  |             |
| 7   |             | 22  |             |
| 8   |             | 23  |             |
| 9   |             | 24  |             |
| 10  |             | 25  |             |
| 11  |             | 26  |             |
| 12  |             | 27  |             |
| 13  |             | 28  |             |
| 14  |             | 29  |             |
| 15  |             | 30  |             |

**定期健康診断受診者名簿  
(高年齢者)**

会員名

| No. | ふりがな | 生 年 月 日 |
|-----|------|---------|
|     | 氏 名  |         |
| 1   |      | 年 月 日   |
| 2   |      | 年 月 日   |
| 3   |      | 年 月 日   |
| 4   |      | 年 月 日   |
| 5   |      | 年 月 日   |
| 6   |      | 年 月 日   |
| 7   |      | 年 月 日   |
| 8   |      | 年 月 日   |
| 9   |      | 年 月 日   |
| 10  |      | 年 月 日   |