

# 平成30年度定期健康診断推進助成要綱

平成30年3月29日制定  
一般社団法人宮崎県トラック協会

(一社)宮崎県トラック協会では、会員事業所の貨物自動車運送事業(取扱事業者を除く)の従業員に対する、労働安全衛生法第66条同規則44条に基づく定期健康診断の受診率向上を図るため、次の助成金を支出するものとする。

## 1. 助成金

助成金は実施期間中**1人一回限り**として、**1,000円**を限度とする。

## 2. 対象者

会員事業者が実施する定期健康診断の受診者であり、宮崎県内の営業所に所属する者とする。ただし、前年度会費未納事業所は助成対象外とする。

## 3. 支出対象人員限度数

**平成29年12月末日現在事業用自動車届出車両数以内とする。(会員名簿記載台数)**  
※29年12月末車両台数は平成30年度宮崎県トラック協会会員名簿に掲載有り。

## 4. 実施報告及び支出方法

- (1)会員から提出された定期健康診断助実施報告書により支出する。
- (2)実施報告書には、医療機関制定の定期健康診断受診日、受診者名または受診人数についての記載がある請求書(または領収書)の写しを添付すること。
- (3)当該年度分の**最終提出期限**は、当該年度の**3月15日**(土・日の場合はその前日)までとする。**また、請求書、支払いの遅れ等による最終提出期限以降の申請は受理しないものとする。**

## 5. 助成対象実施期間

**平成30年4月1日～平成31年3月15日**までの受診分とする。

## 6. その他

この要綱は平成30年4月1日から適用する。

平成 年 月 日

一般社団法人宮崎県トラック協会長 殿

所在地  
事業者名  
代表者名  
TEL  
担当者名

印

## 平成30年度 定期健康診断実施報告書

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記

1. 実施期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日にて実施  
(4月1日から翌年3月15日までが助成対象実施期間です)

### 2. 医療機関

所在地 (市町村名のみ)		
名称		

### 3. 受診者数及び助成金額

受診者数(29年12月末車両台数以内) \_\_\_\_\_ 名 × 1,000 円 = 助成金額 \_\_\_\_\_ 円

### 4. 助成金振込希望金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
		普通・当座		

### 5. 備考

29年12月末車両数 \_\_\_\_\_ 台 (必ず記入のこと)  
※29年12月末車両台数は平成30年度宮崎県トラック協会会員名簿に掲載有り

### 6. 添付書類

- (1) 医療機関の領収書(または請求書)の写し ※会社名及び受診人数の記入されたもの
- (2) 受診者名簿

別 紙

定期健康診断受診者名簿 (NO.       )

番 号	役 職 名	氏 名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

※不足する場合はコピーして下さい。

平成 年 月 日

一般社団法人宮崎県トラック協会長 殿

所在地  
事業者名  
代表者名  
TEL  
担当者名

印

## 平成30年度 定期健康診断実施報告書

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記  
健康診断を実施した期間を記載

1. 実施期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
(4月1日から翌年3月15日までが対象期間です)

### 2. 医療機関

所在地 (市町村名のみ)	宮崎市〇〇	都城市〇〇
名称	〇〇病院	〇〇健診センター

3. 受診者数及び助成金額 29年12月末車両数の範囲内で受診者数を記入

受診者数 (29年12月末車両台数以内) 48名 × 1,000 = 助成金額 48,000円

- ①※助成金は実施期間中1人一回限りとして、1人1,000円を限度とする。  
②※助成対象者は、宮崎県内の営業所に所属する者とする。

### 4. 助成金振込希望金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
		普通・当座		

### 5. 備考

29年12月末車両数 50 台 (必ず記入のこと)

- ※29年12月末車両台数は平成29年度宮崎県トラック協会会員名簿に掲載。  
※平成30年度宮崎県トラック協会会員名簿記載の車両台数を助成基準台数とします。

- 医療機関の領収書(または請求書)の写し(会社名及び受診人数の記入されたもの)及び受診者名簿添付してください。

37名

請求書を添付される際は、請求書内で何名受診があったかを右上に手書きで追記をお願い申し上げます。 ※請求書内の受診者数把握の為

## 請求書

平成 30 年〇月〇日

〇〇様

〇〇病院

検査名	検査項目名	受診者数	金額
定期健康診断		32	
定期健康診断		1	
定期健康診断		1	
定期健康診断		1	
定期健康診断		1	
定期健康診断		1	
		小計	
		合計	