

平成30年度定期健康診断助成金のご案内

標記の件につきまして、事故防止の一環として、今年度、定期健康診断に係る費用に対して一部助成を実施することになりました。

つきましては、下記条件により別紙要綱に基づき実施しますのでご案内致します。

記

1. 申請期間 平成30年6月1日(金) ～ 平成31年2月28日(木)
(土日祝日及び休館日は除く)
※但し、平成30年3月1日(木)から平成31年2月28日(木)までに受診されたものを対象とする。
2. 助成金額 1名につき1回の受診に限り1,000円とし、会費請求台数
(平成30年度第1期会費請求車両台数)を助成上限人数とする。
3. 助成枠 7,300千円
※申請期間内であっても、助成枠に達した時点で打ち切り予定です。
4. 申請要領 別紙1「平成30年度定期健康診断助成金交付請求書」に必要事項
を記入し、医療機関等の①請求書(写)及び、②領収証(写)又は
銀行振込書(写)を添えて申請する。
※請求書に受診者数、受診年月日の記載がない又は請求書が発行さ
れない場合には医療機関発行の「健康診断実施証明書」(別紙2)の
も併せて添付すること。
※領収証を申請時に添付できない場合は、後日発行され次第速やか
に提出すること。
※個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。
5. 注 意 栃ト協の会員事業所に雇用された運転者の定期健康診断受診に対し
て行う。

[問合せ先] (一社)栃木県トラック協会 業務部
TEL 028-658-2515 FAX 028-658-6929

平成30年度定期健康診断助成金交付要綱

一般社団法人 栃木県トラック協会

(目 的)

第1条 この要綱は、一般社団法人栃木県トラック協会(以下「栃ト協」という。)が行う運輸事業振興助成交付金における事故防止対策事業の一環として、労働安全衛生法に定める定期健康診断の受診費用を一部助成することによって、受診率の向上と健康に起因する事故防止に寄与することを目的とする。

(健康診断の種類)

第2条 定期健康診断

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、栃ト協の会員事業者に雇用された運転者とする。
2 会員事業者とは、助成金を申請する時点で栃ト協に加入している者をいう。但し、新規加入した事業者については、入会后受診したものを対象とする。
3 栃ト協会費等の未納が有る場合は、その限りではない。

(助成対象期間)

第4条 助成対象期間は、平成30年3月1日(木)から平成31年2月28日(木)までに受診し、支払が終了したものを対象とする。
2 期間内であっても助成枠に達した場合は、その時点で終了する。

(助成対象額及び限度制限)

第5条 助成金額は1名あたり、1回の受診に限り、1,000円とし、助成上限人数は会費請求台数(平成30年度第1期会費請求車両台数)までとする。

(助成金の交付請求)

第6条 助成金の交付を請求する会員事業者は、栃ト協が指定する期日までに、別紙
1 「平成30年度定期健康診断助成金交付請求書」により、次の書類を添付し助成金の請求をするものとする。
ア) 医療機関等の①請求書(写)及び、②領収証(写)又は銀行振込書(写)
但し、請求書に受診者数、受診年月日の記載が無い又は請求書が発行されない場合には医療機関発行の「健康診断実施証明書」(別紙2)も併せて添付すること。
また、個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。

(助成金の交付)

第7条 栃ト協は、前条の「平成30年度定期健康診断助成金交付請求書」の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、本助成事業に適合すると認めた場合は、申請事業者に対して助成金を交付する。

(助成金の返還)

第8条 栃ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

(1) この要綱に定める事項に違反したとき

(2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、栃ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として、当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(附 則)

1. 本要綱は、平成30年4月1日より適用する。

別紙 1

平成 年 月 日

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

名称
住所
代表者

印

平成30年度定期健康診断助成金交付請求書

平成30年度定期健康診断助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の支払いを請求します。

記

1. 交付請求額 金 円

2. 対象受診者数 名 (平成30年度第1期会費請求車両台数 台)
※交付請求額には、1,000円×対象受診者数を記入

3. 添付書類 医療機関等の①請求書(写)及び、②領収証(写)又は銀行振込書(写)
※請求書に受診者数、受診年月日の記載が無い又は請求書が発行されない場合は、医療機関発行の「健康診断実施証明書」(別紙2)も併せて添付。
※個人精算(領収証が個人宛)のものについては対象外。

4. 助成金振込先

金融機関名	銀行		支店
預金種別	普通 当座	口座番号	
フリカゝナ			
口座名義			

担当者： TEL： FAX：

整理番号

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

実施医療機関名

印

健康診断実施証明書

下記の通り相違ないことを証明する。

1	事業者名	
2	健康診断実施日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
3	受診者数	人
4	受診料金	円

(医療機関で記入の事)