

令和5年度 ドライバー健康診断受診料助成のご案内

標記につきまして、運輸事業振興助成交付金事業計画により、下記のとおり実施しますので、御案内申し上げます。

- 1, 対象者 会員事業者の貨物運送事業(軽貨物を除く)で**常時選任運転者**であり、かつ対象期間に医療機関等で個別に受診したものとします。
なお、実施方法、料金については医療機関にご相談下さい。
- 2, 対象期間 **令和5年4月1日 ~ 令和6年2月29日**
期間中に受診及び支払いが完了したものに限ります。
- 3, 検査項目と助成額

区分	定期健康診断	深夜業健診
助成額 1名 (常時選任運転者)	1,500円	1,500円
【定期健康診断】	・労働安全衛生規則第44条に準ずる定期健康診断	
【深夜業健診】	・労働安全衛生規則第45条に準ずる健康診断	
	※ 目安として午後10時から午前5時にかかる勤務が過去6カ月間を平均して1カ月あたり4回以上(過去6カ月間で合計24回以上)あった運転者	
注) 受診料が助成額未満の場合は助成対象外となります。		
★ 1事業者当たりの申請可能人数は保有車両数(被けん引除く)の「2倍」となります。		
・ 常時選任運転者の確認のため、「運転者台帳」等の書類のコピーの提出を求める事がありますのでご了承下さい。		

- 4, 請求書の提出
別添の『個別受診助成申請書』(様式2)及び『個別受診内訳書』(様式2-2)に必要書類を添付し締切日までに、当協会に提出して下さい。

- 5, 提出期限
中間締切 令和5年10月6日(必着)
最終締切 令和6年3月8日(必着)

《添付書類について注意事項》

領収証の但し書き欄に、下記の事項を明記して下さい。

領収書	No. _____
様	→ 会員事業所名
金額	
¥00,000,000円	
但	
200*年*月**日	
上記正に領収いたしました	
内 訳	円 千 *** - ****
税抜金額	円
消費税額(%)	円
	TEL **** - *** - ****

《記載例》

〇,〇〇〇円 × 〇名

単価・人数を明確に記載してください。

- ※ 振込み等で、領収書に記入が困難な場合は医療機関の請求書等 単価及び人数がわかる明細書を一緒に添付してください。
- ※ 助成対象期間 令和5年4月1日から令和6年2月29日
- ※ 対象期間中に受診及び支払が完了したものに限ります。

令和5年度ドライバー健康診断受診料助成の申込要領

公益社団法人北海道トラック協会

トラック運転者の健康状態に起因する事故を防止し、一層の安全運行確保のため、会員が所属するドライバーに助成要件を満たす健康診断を受診させた場合に受診料の一部を助成します。

助成対象となる受診方法は次のⅠとⅡの2種類です。

Ⅰ トラック協会集団健康診断を受診

1. 対象者
受診対象者は、会員事業者の貨物運送事業（軽貨物を除く）で常時選任されている運転者となります。
2. 実施日時・場所
各地区トラック協会が定めた日時・場所となります。
3. 健康診断の内容と受診料
労働安全衛生規則第44条に準ずる定期健康診断
受診料 **5,500円/人**（助成額を差引いた自己負担額）
※ もし体調不良等によって全ての健康診断項目が受けられなかった場合においても、受診料をお支払いいただきますので、ご注意ください。
4. 申込方法
別紙様式1の「ドライバー健康診断 集団健診申込書」に必要事項を記入し所属地区トラック協会へ提出してください。
なお、定員になり次第締め切ることがあります。

Ⅱ 医療機関等で個別に受診

1. 対象者
助成対象者は、会員事業者の貨物運送事業（軽貨物を除く）で常時選任されている運転者となります。
2. 助成対象期間
令和5年4月1日～令和6年2月29日
この期間中に受診及び支払いが完了したものに限りです。
3. 健康診断の種類と受診料
 - (1) 労働安全衛生規則第44条に準ずる定期健康診断
助成額 1名 **1,500円**
 - (2) 労働安全衛生規則第45条に準ずる健康診断（深夜業健康診断）
深夜業を含む業務に従事する運転者(※)に対する健康診断
助成額 1名 **1,500円**

※ 目安として午後10時から午前5時にかかる勤務が過去6ヵ月間を平均して1ヵ月あたり4回以上（過去6ヵ月間で合計24回以上）あった運転者

(注) 「定期健康診断」及び「深夜業健康診断」とともに、受診料が助成額未満の場合は助成対象外。

◎ **1事業者当たりの申請可能人数は保有車両数（被けん引除く）の「2倍」とする。**

**【例】保有車両数10台の場合（被けん引除く）
10台×2=20人**

● **定期・深夜業健康診断を通じて「20人」が申請可能上限となります。**

※常時選任運転者を確認するため、「**運転者台帳**」等の書類の提出を求め場合がありますのでご了承ください。

※領収書等の宛名は「**会社名**」として下さい。
(個人宛の領収書等では助成金の交付が出来ません。)

申込様式は北ト協ホームページよりダウンロードできます。

<http://www.hta.or.jp/>

4. 請求の方法及び提出期限

別紙様式2の「個別受診への助成金請求書」と受診した医療機関等が発行した領収書等（写し）支払いを証明する書類、健診内容と受診人数が分かる明細書等（写し）を添付し、中間締め切り日令和5年10月6日、最終締め切り日令和6年3月8日必着で、所属地区トラック協会へ請求してください。

5. 助成金の支払

助成金の支払いは、地区トラック協会から現金または銀行振込で中間締め切り分を11月末日まで、最終締め切り分を3月末日までに支払います。

捨印

様式2 (個別受診用)

令和 年 月 日

ドライバー健康診断 個別受診助成申請書
(兼助成金交付請求書)

函館地区トラック協会長 殿
(北海道トラック協会長 殿)

(〒 ー)

会社所在地

会社名

代表者

担当者氏名

連絡先 TEL

FAX

印

保有車両数 両 常時選任運転者 名
(被牽引車除く)

トラック協会が実施するドライバー健康診断個別受診助成に下記のとおり申請(請求)いたします。

記

- 助成金申請額 円
- 受診内容等 様式2の2「ドライバー健康診断 個別受診内訳書」のとおり
- 振込先銀行口座

銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店
預金種類	普通預金	当座預金	
口座番号			
(ふりがな) 口座名義			

○ 助成金請求に必要な書類

チェック欄

① 様式2の2「ドライバー健康診断受診者内訳書」

② 健康診断の種類と受診人数が分かる書類の写し(請求明細書など)

③ 健康診断受診料の支払いが行われた事がわかる書類の写し(領収書など)

※ 場合により、常時選任運転者の確認のため、「運転者台帳」等の書類のコピーの提出を求める場合がございます。

注 この助成を受けられるのは、令和5年4月1日から令和6年2月29日までの間に
受診及び受診料の支払いが完了し、且つ令和6年3月8日までに函館地区トラック協会に
申請書が受理されたものに限ります。

ドライバー健康診断 個別受診内訳書

令和 年 月 日

1. 健診種類別受診者名及び人数等

一般健診	一般健康診断健診	助成額： @1,500×	名 =	円
氏名	氏名	氏名	氏名	
1	11	21	31	
2	12	22	32	
3	13	23	33	
4	14	24	34	
5	15	25	35	
6	16	26	36	
7	17	27	37	
8	18	28	38	
9	19	29	39	
10	20	30	40	

深夜業	深夜業健診	助成額： @1,500×	名 =	円
氏名	氏名	氏名	氏名	
1	11	21	31	
2	12	22	32	
3	13	23	33	
4	14	24	34	
5	15	25	35	
6	16	26	36	
7	17	27	37	
8	18	28	38	
9	19	29	39	
10	20	30	40	

注 1 記入頂いた個人情報とは当該健康診断助成事業に係る業務以外には使用いたしません
 注 2 上記の記入欄で足りない場合は本様式の代わりに内容を網羅した別の表の提出でも良い。