

令和 6 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とご相談下さい。

2, 対象期間 令和 6 年 4 月 1 日 ~ 令和 7 年 2 月 2 8 日
期間中に受診及び支払いが完了したものに限りです。

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 4 4 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 4 5 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 2 4 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 6 年 1 0 月 4 日 (必着)
最終締切 令和 7 年 3 月 7 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6年4月1日から令和7年2月28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。