

令和8年度 健康診断受診促進助成事業実施要領

令和8年4月1日
一般社団法人 滋賀県トラック協会

1. 助成対象者

法定の健康診断を受診した滋賀県内の会員事業所に在籍する従業員で、社会保険又は後期高齢者医療被保に加入している者。

2. 予算

1,300万円

3. 申込要領

様式1「健康診断受診促進助成金交付申請書」及び「健康診断受診明細書」に医療機関が発行する請求書及び明細書、及び領収書の写しを添付し、滋賀県トラック協会に提出する。

4. 助成交付額

従業員1名につき 1,000円

(但し、定期健康診断及び特定業務従事者の健康診断を実施した者は、2回まで対象とする。

但し、1回1名あたりの交付申請額が、1,000円未満の場合は、実際にかかった費用を全額助成する。)

5. 申請期間

令和8年4月1日～令和9年2月26日(必着)

なお、3月中の診断または支払い分は、次年度に申請できるものとする。

6. 交付要綱

「健康診断受診促進助成金交付要綱」のとおり。

健康診断受診促進助成金交付要綱

令和8年4月1日

一般社団法人 滋賀県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、労働安全衛生法に定める健康診断を受診した（一社）滋賀県トラック協会（以下「滋ト協」という。）の会員に対し、受診の促進をはかるため、受診に要した費用の一部を助成金として交付するにあたり、必要な事項を定め、適正かつ円滑に推進することを目的とする。

(助成対象)

第2条 助成の対象は、原則として、法定の健康診断を受診した**滋賀県内**の会員事業所に在籍する従業員で社会保険又は**後期高齢者医療被保**に加入している者とする。

(助成の交付額)

第3条 会員に対する助成金の交付額は、従業員1名1回につき1,000円（但し定期健康診断及び特定業務従事者の健康診断を本年度内に実施した者は2回まで対象とする。但し1名につき1,000円未満の場合は、実際にかかった費用を助成する。

(交付申請)

第4条 会員は、助成金の交付を受けようとするときは、様式1の「健康診断受診促進助成金交付申請書」に必要な書類を添えて滋ト協に提出しなければならない。

(交付申請期限)

第5条 前条の助成金交付申請期限は令和8年4月1日～令和9年2月26日（必着）とする。但し、予算額に達した時点で締め切るものとする。
なお、3月中の診断または支払い分は、次年度に申請できるものとする。

(助成金の交付)

第6条 滋ト協は、前条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正であると認めたときは、会員に対して助成金を交付する。

2 助成金の交付については、会費滞納事業者に対する取扱規程を適用する。

(診断項目)

第7条 下記項目について実施する。

- ① 身長・体重・BMIの測定
- ② 腹囲の測定
- ③ 視力の測定
- ④ 聴力の測定
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ エックス線による胸部の検査
- ⑦ 尿の検査
- ⑧ 医師による健康相談
- ⑨ 心電図による心臓の検査
- ⑩ 血液の検査
A.血色素量 B.赤血球数 C.GOT D.GPT E.Γ-GTP
F.LDLコレステロール G.HDLコレステロール
H.トリグリセライド I.HbA1c J.空腹時又は随時血糖

(その他必要な事項)

第8条 この要綱に定めるほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、専門委員会で協議し、理事会をもって決定する。

(付則)

第1条 この要綱は令和8年4月1日から適用する。

一般社団法人 滋賀県トラック協会 会長 様

住 所

氏名又は名称

代 表 者 名

⑩

※代表者印をご捺印ください

電 話 番 号

担 当 者 名

健康診断受診促進助成金交付申請書

健康診断受診促進助成金交付要綱第4条に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

記

助成金申請額 _____ 円

※1,000円未満の場合は実際にかかった費用

1. 内訳 助成対象となる
延べ受診者数 計 _____ 名 (別紙明細書のとおり)

2. 振込先銀行口座 (※会員事業者の銀行口座のみ可) ※個人口座不可

銀行名		支店名	
種 別	当 座 ・ 普 通	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

3. 添付書類

●健康診断受診明細書

●医療機関が発行する請求書及び明細書 (写)

●領収書 (写) ※ただし領収証の宛名は助成金申請者または検診受診者とする。

※個人情報保護の観点から、健康診断結果のご提出は、お控えください。

健康診断受診明細書

事業者名 _____

No.	受診者名	受診年月日	受診医療機関	健康保険証又は 後期高齢者医療被保 の有無
1				(○印をご記入下さい)
2				(○印をご記入下さい)
3				(○印をご記入下さい)
4				(○印をご記入下さい)
5				(○印をご記入下さい)
6				(○印をご記入下さい)
7				(○印をご記入下さい)
8				(○印をご記入下さい)
9				(○印をご記入下さい)
10				(○印をご記入下さい)

- ※「健康保険証の有無」が空欄の場合は助成対象になりませんので必ず○印をご記入下さい。
- ※お手数をおかけ致しますが2度目の受診も併せて申請の場合は同じ名前を2度記入下さい。
- ※ご記入頂いた個人情報は目的以外には使用しません。
- ※用紙不足の場合は適宜コピーをしてご使用下さい。

上の者は、当社の滋賀県内事業所に在籍している従業員であること、また従業員名での領収証を添付しているものについては、間違いなく事業所で受診料を支払っていることをここに証明します。

令和 年 月 日

住所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____