

様式 1 (第 5 条関係)

一般社団法人群馬県トラック協会 宛

FAX 027-261-7576

申込日 令和 年 月 日

会社名

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号

FAX 番号

脳MRI 健診受診申込書

当社は、貴協会の「脳MRI 健診受診助成金交付要綱」に基づき、当社所属の下記記載の運転者に脳MRI 健診を受診させたいので申し込みます。

記

No.	(フリガナ) 氏名・生年月日	性別	※受診希望 医療機関No.	第 1 受診希望日	第 2 受診希望日	決定受診日 (機構記入欄)
1	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
2	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
3	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
4	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
5	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分

※受診希望医療機関は、別紙「提携医療機関一覧表」よりお選び下さい。

一般社団法人運転従事者脳MRI 健診支援機構 御中

上記のとおり申し込みがありましたので、健診受診手続きをお願い申し上げます。

受付印

一般社団法人群馬県トラック協会長

様式 2 (第 5 条関係)

一般社団法人群馬県トラック協会 宛

FAX 027-261-7576

申込日 令和 年 月 日

会社名

住所

代表者名

印

担当者名

電話番号

FAX 番号

脳ドック健診申請書

当社は、貴協会の「脳MRI健診等受診助成金交付要綱」に基づき、当社所属の下記記載の運転者に脳ドック健診を受診させたいので申請します。

記

No.	(フリガナ) 氏名・生年月日	性別	受診医療機関	受診予定日
1	(フリガナ)	男・女		月 日( ) AM・PM
	西暦 年 月 日生まれ			
2	(フリガナ)	男・女		月 日( ) AM・PM
	西暦 年 月 日生まれ			
3	(フリガナ)	男・女		月 日( ) AM・PM
	西暦 年 月 日生まれ			
4	(フリガナ)	男・女		月 日( ) AM・PM
	西暦 年 月 日生まれ			
5	(フリガナ)	男・女		月 日( ) AM・PM
	西暦 年 月 日生まれ			

受付印

様式3（第6条関係）

令和 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会長 殿

会社名  
住所  
代表者名  
担当者名  
電話番号  
FAX番号

印

脳MRI健診等受診実績報告（請求）書

当社所属の運転者に脳MRI健診等を受診させたので、貴協会の「脳MRI健診等受診助成金交付要綱」第5条に基づき必要書類を添えて助成金の交付申請をします。

記

- 1 健診受診人数 脳MRI健診 \_\_\_\_\_ 人（@10,000円）  
脳ドック健診 \_\_\_\_\_ 人（@15,000円）
- 2 交付請求額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 3 助成金の振込先

（振込先口座）

金融機関名								支店
口座番号	普通・当座	No.						
口座名	フリガナ							

4 添付書類（用紙サイズは全てA4判に統一）

- (1) 健診受診者名簿  
(2) 医療機関からの請求書（写）及び受診項目の確認できる書類（写）  
(3) 医療機関への支払いを証する書類（写）

※ご提出いただく添付書類（個人情報）等については、本事業を円滑に遂行するため以外には使用いたしません。

協会受付欄

--