

各 位

一般社団法人大阪府トラック協会
会 長 中 川 才 助

令和6年度「脳健診助成事業」の実施について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会運営に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、近年、健康起因事故原因の上位である脳疾患は通常健康診断では発見できず、早期発見のためには脳健診の受診が有効であります。脳健診は健康保険の適用外となっております。

そこで、今後の労働力確保のためには高齢ドライバーの活用も重要であり、何より健康起因事故を少しでも減らすとともに、受診されるみなさまの一助といたしたく、下記のとおり「脳健診助成事業」を実施いたします。

また、申請方法につきましては、**郵送での受付**といたしますので、よろしくお願いいたします。

記

1. 募集期間

令和6年4月1日（月）～令和7年2月28日（金）

※この期間内に受診及び支払いが完了したものに限りです。

2. 助成対象の検査

令和6年4月1日以降に、医療機関で脳健診を受診する際、**頭部MRI検査と頭部MRA検査をセットで受診した場合のみ**とします。

3. 助成金額

受診者1名につき受診費用の半額（上限2万円）とし、1事業者につき最大10名までとします。

4. 助成対象

大阪府下の事業所に在籍する営業用貨物車両の運転者

※お一人様につき、年度内に一度限りの助成とさせていただきます

5. 助成申請必要書類

① 令和6年度脳検診助成事業助成金交付申請書兼誓約書（様式1）

② 受診内容明細書（様式1-2）

③ 医療機関の請求書（写）

④ MRI検査とMRA検査を受診したことがわかる資料

*MRI検査とMRA検査を受診したことがわからない場合は⑥「脳健診受診証明書」（様式2）の添付（受診者全員分）を必要としますが、受診証明書の発行は有料となる可能性がございますので、受診前に医療機関にご確認ください。

⑤ 領収証（写）**ただし、運転者が個人で費用を支払った場合は助成できません。**

※振込明細書等（写）も可（但し、支払元・振込先・金額が明記されていること）

※領収書、振込明細書等（写）は、切り貼りや修正があるものは認められません。

⑥ 脳健診受診証明書（様式2）**ただし、以下の場合は提出不要。**

<参考>

（一社）運転従事者脳MRI健診支援機構の脳MRI健診なら～

■助成対象となる脳健診（＝頭部MRI検査とMRA検査セット）が1人一律22,000円（税込）で受診できます

■大ト協への助成申請時に「脳健診受診証明書（様式2）」の提出が不要です

■大阪府下に12ヶ所の提携医療機関（「提携医療機関一覧」ご参照）

■お近くの医療機関とご都合のよい日時を選択してご予約できます

お申込み方法

【WEB】でご予約をご希望の場合は、下記の専用サイトよりお申込みください

【FAX】でご予約をご希望の場合は、添付の申込書に必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください

【WEB】 WEBでのご予約をご希望（専用サイト）

<https://www.brainscan.or.jp/lp/daitokyo/>

<WEBお申込み手順>

- ①専用サイトよりWEB申込書ファイルをダウンロード取得（注）
- ②必要事項記入の上、指定のメールアドレス宛に添付送付で申込み
- ③貴社アカウントの設定完了後に、脳MRI健診事務局より連絡があります
- ④貴社アカウントを使って、指定の予約サイトよりご予約ください
- ⑤受診月の翌月初に請求書送付、月末までにお支払い（月末締/翌月末払）

【FAX】 FAXでのご予約をご希望（FAX受付番号）

03-6274-8556

◇お問合せはこちら=====

一般社団法人 運転従事者脳MRI健診支援機構

〒151-0051 東京都新宿区渋谷区千駄ヶ谷1-1-16

TEL：03-6274-8555 FAX：03-6274-8556（平日9：00～18：00）

=====

一般社団法人 運転従事者脳MRI健診支援機構

脳MRI健診 提携医療機関一覧

健診枠提供時間帯※

↓ 受診希望医療機関No.をFAX申込書 受診者情報欄にご記入ください。

No.	医療機関名	住所	平日		土	日
			AM	PM		
1	いわた脳神経外科クリニック	大阪府大阪市城東区成育2丁目13番27号クリニックステーション野江1-B	×	○	×	×
2	医療法人弘善会 矢木脳神経外科病院	大阪府大阪市東成区東今里2-12-13	×	○	○	×
3	医療法人AWNC きし脳神経外科リハビリクリニック	大阪府大阪市福島区吉野3-22-17 野田ロイヤルビル	×	○	×	×
4	社会医療法人寿会 富永病院	大阪府大阪市浪速区湊町一丁目4番48号	×	○	○	×
5	いのうえクリニック	大阪府吹田市昭和町13-1	○	○	○	×
6	社会医療法人信愛会 嚙生会脳神経外科病院	大阪府四條畷市中野本町28-1	×	○	×	×
7	医療法人再生会 そばじまクリニック	大阪府東大阪市荒本北2-2-6 クリニックコート東野	×	○	×	×
8	医療法人徳洲会 松原徳洲会病院	大阪府松原市天美東七丁目13番26号	×	×	×	○
9	医療法人晴心会 野上病院	大阪府泉南市樽井1丁目2番5号	×	○	×	×
10	医療法人佳和会 てらもと脳神経外科クリニック	大阪府堺市北区長曾根町3082-1	×	○	○	×
11	医療法人 良秀会 高石藤井病院	大阪府高石市綾園1-14-25	×	○	×	×
12	医療法人清仁会 水無瀬病院	大阪府三島郡島本町高浜3丁目2番26号	○	○	○	×

※各医療機関が脳MRI健診用に提供する空き枠の傾向を示しています（○空き枠提供あり ×空き枠提供なし）

ただし医療機関の都合により、空き枠状況は都度変更となることがありますことご了承ください。

【WEB】WEB でのご予約をご希望（専用サイト）

→<https://www.brainscan.or.jp/lp/daitokyo/>

～WEB 予約なら、ご希望の医療機関の空き状況を見て、ご予約することができます～

6. その他

- ・記入の訂正は、修正液等を使用せず、二重線で消した上から書き直してください。（ただし、様式1の助成金申請額訂正できませんので、間違えた場合は新しい用紙をご利用ください）

・申請前に、各社にて申請書類のコピーをお取りください。

（助成金申請先【郵送先】ならびにお問合せ先）

〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2

（一社）大阪府トラック協会 業務部

TEL: (06) 6965-4033

脳MRI健診 FAX申込書

事業者情報		■お申込日	年 月 日
■企業情報			
事業者名：			
郵便番号：	-	住所：	
担当者名：		所属部署：	
電話番号：		FAX番号：	
メールアドレス：		@	
■診断レポート送付先（※企業情報と同じ場合は“同上”と記載ください）			
事業者名：			
郵便番号：	-	住所：	
担当者名：		所属部署：	
電話番号：			
■請求書送付先（※企業情報と同じ場合は“同上”と記載ください） <small>※受診月の翌月初に請求書をお送り致します。月末までにお振込み下さい。（月末締め/翌月末払い）</small>			
事業者名：			
郵便番号：	-	住所：	
担当者名：		所属部署：	
電話番号：			

受診者情報/受診希望日 当社は大阪府トラック協会の「脳健診助成事業」の要綱に基づき、当社所属の運転者の脳MRI健診受診を希望いたします。

(フリガナ) 氏名 生年月日（西暦）	性別	受診希望 医療機関 No.	第一希望	第二希望	(脳MRI健診支援機構 記入欄) 決定受診日
1 (フリガナ) 氏名 年 月 日生	男性 ・ 女性		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
2 (フリガナ) 氏名 年 月 日生	男性 ・ 女性		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
3 (フリガナ) 氏名 年 月 日生	男性 ・ 女性		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
4 (フリガナ) 氏名 年 月 日生	男性 ・ 女性		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分
5 (フリガナ) 氏名 年 月 日生	男性 ・ 女性		月 日 () AM・PM	月 日 () AM・PM	月 日 () 時 分

※受診希望医療機関は、別紙「提携医療機関一覧表」よりお選びください。
 ※6名以上のお申込みは、この用紙をコピーしてご使用ください。
 ※受診希望日はお申込み日から3週間以上先の日程を「第一希望」「第二希望」ともご記入ください。
 ※ご希望の予約日時で予約が取れない場合もございますので予めご了承ください。
 ※受診日が確定しましたら、脳MRI健診支援機構よりご連絡いたします。

【FAX】 03 - 6274 - 8556

一般社団法人 運転従事者脳MRI健診支援機構 【TEL】 03-6274-8555（平日9：00～18：00）

【WEB】 WEB でのご予約をご希望（専用サイト） → <https://www.brainscan.or.jp/lp/daitokyo/> ~WEB 予約なら、ご希望の医療機関の空き状況を見て、ご予約することができます~

捨印

(様式1)

令和 年 月 日

支部

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

〒

住 所

事業者名

代表者名

印

電話番号

FAX 番号

担当者名

※貴社印（丸印）を押印してください

令和6年度 脳健診助成事業 助成金交付申請書兼誓約書

当社運転者に対し標記脳健診を実施しましたので、下記のとおり助成金の交付申請をいたします。

記

1. 助成金申請額 _____ 円 ※金額の訂正はできません

2. 申請内訳（※助成単価は、検査費用（税込）の1/2、かつ上限を超えないこと）

_____ 名 × _____ 円（※上限 20,000 円） = _____ 円

※受診内容の詳細は様式1-2のとおり

3. 助成金振込先口座

金融機関名 _____ 支店名 _____ 口座種別（当座・普通） _____

口座番号 _____ フリガナ
口座名義 _____

＜ 必要書類 ＞

- ① 受診内容明細書（様式1-2）
- ② 医療機関の請求書（写）
- ③ MRI検査とMRA検査を受診したことがわかる資料
- ④ 領収証（写）※振込明細書等（写）も可

※但し、支払元・振込先・金額が明記されていること

- ⑤ 脳健診受診証明書（様式2）※③がない場合

●誓約書（ 内にチェック（レ）を入れてください）

当該受診に係る費用は、当社が全額負担していることを誓約いたします。

◆ 助成申請前に必ず各社にて申請書類の控えをお取りいただき、保管してください ◆

(様式1-2)

受診内容明細書

申請額：10円未満切り捨て

No.	受診者名・生年月日	受診日	受診医療機関名	受診費用(税込)	受診費用計(税込) ①+②	申請額(③の2分の1 で上限2万円)
1	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
2	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
3	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
4	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
5	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
6	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
7	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
8	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
9	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
10	氏名： (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)			①MRI検査 円	③ 円	円
				②MRA検査 円		
【トラック協会使用欄】					計	円

(様式2)

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

脳健診受診証明書

受診者氏名 _____

上記受診者が、令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日に当院で脳健診として、頭部MRI検査と頭部MRA検査をセットで受診したことを証明します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

所在地

医療機関名

担当医

⑩