

健康起因事故防止対策助成

1 事業概要	「睡眠時無呼吸症候群（SAS）スクリーニング検査」及び「脳ドック」「心臓ドック」を受診した際の検査費用の一部を助成
2 予算	925万円（全ト協予算を含む／予算到達次第終了）
3 受付期間	平成29年4月28日（金）～平成30年1月31日（水） 必着
4 助成対象	平成29年4月1日（土）～平成30年1月31日（水）の間に支払った検査費用 ■スクリーニング検査 全日本トラック協会指定医療機関（★）で受けた第一次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）及び第二次検査（パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査）の検査料 ■脳ドック・心臓ドック 各医療機関等において実施している脳ドック・心臓ドック（対象となる検査項目は次項に記載）の検査料
5 助成額	睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査… 2,500円（1名あたり） 脳ドック・心臓ドック …15,000円（1名あたり）
6 申請方法	下記7の書類を郵送又は窓口に持参
7 必要書類	〈睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査の場合〉 ①健康起因事故防止対策助成金請求書 ②領収書（写） ③医療機関発行の受診者名簿等（写） ④入金口座登録書 [既に提出済の場合は不要] 〈脳ドック・心臓ドックの場合〉 ①健康起因事故防止対策助成金請求書 ②診療明細書（※）または請求書（写） ③領収書（写） ④雇用保険被保険者資格取得等確認通知書等（写） ⑤入金口座登録書 [既に提出済の場合は不要] 上記の他に、必要に応じて別途書類の提出を求める場合があります。
8 支払時期	原則として、毎月末締切分を四半期に分けて支払う。

9 その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 原則として、助成申請者数は愛知県内の保有車両数を上限とする。 ■ 睡眠時無呼吸症候群検査を受診された場合、助成金の請求後に、「スクリーニング検査結果状況等の報告」を提出すること。 ■ 検査受診料が助成額を下回る場合は、百円単位を切り捨てる。 ■ 平成30年2月1日～3月31日までに支払った検査受診料については、平成29年度助成制度・平成30年度助成制度のいずれも対象外です。
--------------	--

★睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成対象医療機関（全日本トラック協会指定7団体）

医療機関名	検査費用(税込)	電話番号
NPO 法人 睡眠健康研究所	5,100 円	03-5355-9941
NPO 法人 ヘルスケアネットワーク	5,000 円	06-6965-3666
一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター	5,140 円	03-3359-9010
医療法人社団 同仁会 一里山・今井病院	5,400 円	0566-26-6702
医療法人和恵会 はやかわ・すずきクリニック	5,000 円	0568-83-8777
医療法人社団 三遠メディメイツ 岡崎メイツ腎・睡眠クリニック	5,000 円	0564-23-8511
医療法人 メドック健康クリニック	5,400 円	052-752-1125

※別途機器送料等がかかる場合があります。検査費用等の詳細は医療機関にお問い合わせ下さい。

■ 診療明細書サンプル

診療明細書		No.0024 1ページ	
患者番号	氏名	種	受付日
100	富士通 太郎	種	平成22年 2月 10日
		種	受付科
		種	内科
区 分	項 目 名	点 数	回数
初・再診科	*再診科(診療所)	71	1
検査	*内視鏡下生検法	310	1
	*E P - 胃・十二指腸		
	ブスコパン注20mg 2%1m L	1 A	
	グルカゴン注射用1単位「イトウ」IU	1 A	
	- S. P. 単位(溶解液付)	1 A	
	オピスタ注射液30mg 2.5%1m L	1 A	
	塩酸ナロキソン注射液「三共」0.2mg1 m L	1 A	
	ネシロカインボンブスプレー8%	1 g	
	ネシロカインビスカス2%	1 m L	
	インジゴカルミン注射液 0.4%5m L	1 A	
	ルゴール液「ツキシマ」	1 m L	
	アルサルミン内服液10%	1 m L	
		1528	1
	*粘膜炎法加算	60	1
	*血液化学検査	17項目	
	B - T P		
	B - G O T		
	B - G P T		
	B - ユー-G T P		
	B - L D H		
	B - C P K		
	B - B i L / 総		
	B - T c h o		
	B - 中性脂肪		
	B - H D L コレステロール		
	B - B U N		
	B - クレアチニン		
	B - 尿酸		
	B - N a , C l		
	B - K		
	B - C a		
	B - 糖		
		129	1
	* B - 末梢血液一般検査	40	1
	B - 糖		
	*血液採取料(静脈)	11	1
	*生化学的検査(1)判断料	144	1
	*血液学的検査判断料	125	1
病理診断	*病理組織顕微鏡検査	880	1
	(次頁に続く)		

診療明細書・・・平成22年4月から、患者に対する医療費明細書の無償発行が、保険医療機関に原則義務化されています。本明細書によって、行われた検査や処置、手術、注射、投薬、リハビリ、入院などに関する診療報酬を知ることができます(様式は医療機関により異なる)。

「脳ドック」主な検査項目・・・MRI(磁気共鳴断層撮影診断)、MRA(磁器共鳴血管撮影)、頭部CT、脳波検査、心電図検査、眼底写真、頸動脈エコー検査など。

「心臓ドック」主な検査項目・・・胸部エコー検査、頸動脈エコー検査、胸部X線検査、心電図、冠動脈CT検査(心臓CT)、血液検査、BNP、動脈硬化検査など。

■ 申請書の提出先・照会先

〒467-8555

愛知県名古屋市瑞穂区新開町12-6

一般社団法人愛知県トラック協会 支援事業部 支援事業第三課

TEL 052-871-1922 (平日8:45~17:15) FAX 052-882-1685

申請書掲載URL <https://ssl.aitokyo.jp/>