

平成28年度「脳ドック検査助成事業」実施要領

公益社団法人宮城県バス協会

(事業目的)

第1条 この助成は、脳ドック検査費用等に対する助成であって、バス事業者に雇用されている運転者等を対象とする。運転障害の一因としてあげられる運転中における突発性運転不能障害を引き起こす可能性が高い脳疾患の検査の一部を助成することにより、検査を促進し交通事故防止を図ることを目的とする。

(助成対象)

第2条 バス事業者のうち、宮城県内事業所に勤務している運転者等とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査機関は下記検査機関等とする。
宮城県内脳ドック診療医療機関

(助成の対象)

第4条 助成対象検査は下記のとおりとする。
原則としてMRI及びMRA検査を含む脳ドック検査とする。

(助成額)

第5条 助成金の交付額は下記のとおりとする。
脳ドック検査費用に対し、1名10,000円(上限)とする。
なお、1事業者200,000円を上限とする。

(助成・検査申込等)

第6条 受診助成は、協会の予算の範囲内において、実施する。
申込みの手順については下記の通りとする。

- 1 バス事業者は「脳ドック検査助成申込書」(様式1)により事前(6月末日まで)に協会宛申し込みを行う。その際、受診者名簿(様式3)により受診人数を提出する。
- 2 バス事業者は、「脳ドック検査」を、平成29年2月末日までに行う。
- 3 バス事業者は、検査終了後、「検査完了報告及び助成金交付請求書」(様式2)と受診者名簿(様式3)を3月7日まで協会に提出する。その際、検診の内容が確認できる書類並びに領収書写し若しくは振込書写しを添付することとする。
- 4 宮城県バス協会は、助成金申請書の内容を審査し、事業者に対して助成金を交付する。

(その他必要な事項)

第7条 この要領に定めるもののほか、その他の必要事項は、協会が別にこれを定める。

附則

本要領は、平成28年 4月18日から適用する。

(様式1)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

印

脳ドック検査助成申込書
(平成28年度)

脳ドック検査の助成を申し込みます。

記

「脳ドック検査」

1. 受診助成人数 名

(様式2)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

㊞

脳ドック検査受診完了報告及び助成金交付請求書の送付について

脳ドック検査受診が完了したので、報告致します。
なお、助成金の額及び送金先は、下記のとおりです。

記

1. 検査機関名
2. 受診助成人数 名
3. 助成金請求額 名 × 10,000円 = 円
4. 助成金振込先
 - ①金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・その他
 - ②支店名 _____ 支店
 - ③預金種別 普通預金 ・ 当座預金
 - ④口座番号 _____
 - ⑤口座名義 _____

(注)

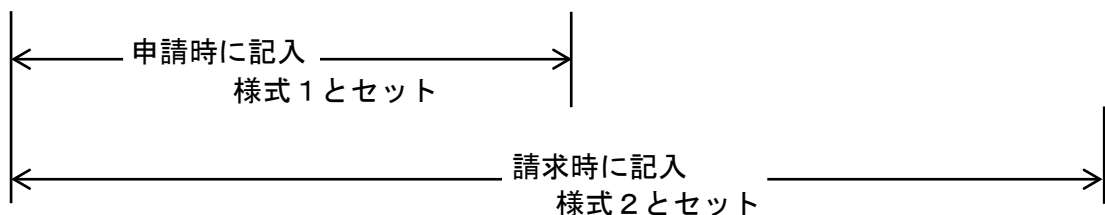
1. 次の資料を添付してください。
 - ①領収書写し若しくは振込書の写し
 - ②受診者の名簿 (様式3)

様式3 (共通)

受診助成予定者及び実績名簿

事業者名 _____

NO	氏 名	生年月日 (年齢)	受診 月日	未 受 診	検査機関
	合 計 (名)				



参考

宮城県内の脳ドック実施医療機関

施設名	所在地	連絡先
医療法人 社団 脳健会 仙台東脳神経外科病院	〒983-0821 仙台市宮城野区岩切 1 丁目 12-1	TEL:022-255-7117 FAX:022-255-7760
財団法人 宮城厚生協会 泉病院	〒981-3212 仙台市泉区長命ヶ丘 2-1-1	TEL:022-378-5361 FAX:022-378-5709
医療法人 星陵会 仙台星陵クリニック	〒980-0801 仙台市青葉区木町通 2 丁目 4-45	TEL:022-273-3533 FAX:022-273-3440
一般財団法人 片倉病院	〒989-6173 大崎市古川浦町 1-37	TEL:0229-22-0016 FAX:0229-24-1226
財団法人 広南会 広南病院 脳ドック	〒982-0012 仙台市太白区長町南 4 丁目 20-1	TEL:022-248-2131 FAX:022-248-1966
医療法人将道会 総合南東北病院	〒989-2483 岩沼市里の杜 1 丁目 2-5	TEL:0223-23-3151 FAX:0223-23-3150
東北薬科大学病院	〒983-8512 仙台市宮城野区福室 1-12-1	TEL:022-259-1221 FAX:022-259-1232
医療法人社団 康陽会 中嶋病院	〒983-0835 仙台市宮城野区大槻 15-27	TEL:022-291-5191 FAX:

※上記は日本脳ドック学会認定施設を参考として掲載しています。

その他にも受診できる医療機関があります。

脳検診検査項目

● M.R.I M.R.I(磁気共鳴コンピュータ断層撮影)

脳の断面を詳細に写す出すため小さな梗塞巣、出血巣や脳腫瘍などもとらえることができます。

● M.R.A M.R.A(磁気共鳴コンピュータ血管撮影)

脳へ至る血管を写し出し、動脈瘤や狭窄などをとらえることができます。(M.R.Iではとらえられないことが多い。)

● 問診

いずれも苦痛ではありません。30分程度静かに横になっているだけで終わります。

■ 検診料金

団体料金 19,000円(消費税別途)

※別途、脳ドックコース38,500円(消費税別途)

結果報告

複数の専門医のチェックを経て2~3週間後に郵送

精密検査が必要である場合や、疑わしい所見があった場合などは、検査結果のお知らせと共に再検査のご案内もお送りいたします。治療が必要と判断された場合には、当院にて精密検査をし、治療を行います。また、他の医療機関での精密検査や治療をご希望される場合には検査フィルムの貸し出しや紹介状の作成も可能です。

■ お申込み・お支払方法

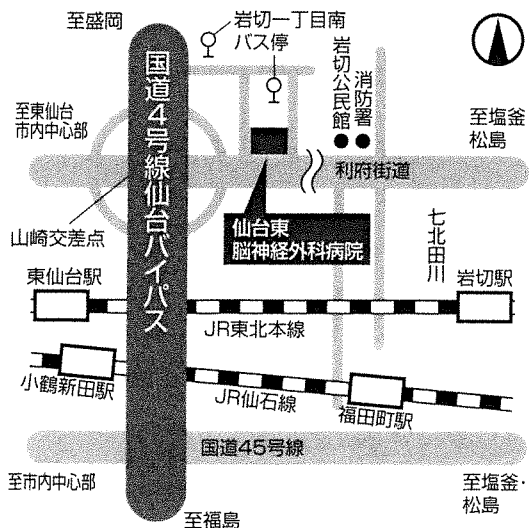
お申込み方法

ご案内パンフレット裏面にあります受診申込書にて病院宛て郵送又はFAXでお申し込みください。受診日が確定致しましたら係よりご連絡いたします。

お支払方法

受診当日病院受付にてお支払いをお願い致します。

受診場所のご案内



医療法人社団 脳健会

仙台東脳神経外科病院

脳神経外科・リハビリテーション科・神経内科・内科・放射線科・整形外科

〒983-0821 仙台市宮城野区岩切一丁目12番1号

TEL(022)255-7117(代) FAX(022)255-7163

※受診時間の15分前にお越し下さい。

■ 交通のご案内

- 駐車場がありますのでご利用ください。
- JR東仙台駅または岩切駅より約2kmで利府街道沿いにあります。
国道4号線バイパスのすぐ側です。
- 市営バスの場合は岩切一丁目南停留所から徒歩2分です。

脳検診 受診申込書

事業所名	電話
(〒 -)	
事業所所在地	

1	フリガナ		男・女	生年月日
	受診者名			大正 ・ 昭和 ・ 平成
	(〒 -)			
	自宅住所	Tel.		
受診希望日	(第一希望) 月 日 曜	/	(第二希望) 月 日 曜	
2	フリガナ		男・女	生年月日
	受診者名			大正 ・ 昭和 ・ 平成
	(〒 -)			
	自宅住所	Tel.		
受診希望日	(第一希望) 月 日 曜	/	(第二希望) 月 日 曜	

受付・時間 ■平日/9:00~17:00
 ■土曜/9:00~12:00
 ※受診時間の15分前までにお越しください。

お申込み・お問合せ



医療法人社団 脳健会

仙台東脳神経外科病院

脳神経外科・リハビリテーション科・神経内科・内科・放射線科・整形外科

〒983-0821 仙台市宮城野区岩切一丁目12番1号

TEL(022)255-7117(代) FAX(022)255-7163

URL <http://www.noukenkai.jp/> e-mail soumu.snh@noukenkai.jp