

# 脳MR I 健診等受診助成金交付要綱

平成30年9月12日制定

令和7年4月1日改定

一般社団法人群馬県トラック協会

## (目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人群馬県トラック協会（以下「協会」という。）が、会員事業所所属運転者の脳疾患を起因として発生する恐れのある交通事故を未然に防止するため、専門の検査機関で実施される脳MR I 健診等を受診した際の費用の一部を助成することにより、会員事業所の労働力確保、経営の安定に資することを目的とする。

## (助成対象者)

第2条 助成対象者は、協会定款に定める会員事業者とする。  
ただし、会費等の未納がある場合は、この限りではないものとする。

## (助成対象期間)

第3条 令和7年4月1日から令和8年2月24日までの間に受診が終了し、支払が完了したものとする。

## (助成対象健診及び助成額)

第4条 助成対象健診及び助成額は、次のとおりとする。

- (1) 一般社団法人運転従事者脳MR I 健診支援機構が提携する医療機関において実施される「脳MR I」健診  
助成額 10,000円（1名1回）
- (2) 原則として県内の医療機関で実施される「脳ドック」健診  
助成額 15,000円（1名1回）

ただし、1会員当たりの上限は、各健診5名までとする。

## (健診受診申込等)

第5条 健診受診申込等は下記のとおり行うものとする。

- (1) 脳MR I 健診  
様式1「脳MR I 健診受診申込書」により、必要事項を記入し、事前に協会宛に申し込むものとする。
- (2) 脳ドック健診  
様式2「脳ドック健診申請書」により、必要事項を記入し、事前に協会宛に申し込むものとする。ただし、令和7年4月1日から同年4月30日の間に受診するものについてはこの限りではない。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付申請は下記のとおり行うものとする。

様式3「脳MR I 健診等受診実績報告(請求)書」により令和8年3月5日までに添付書類を添えて申請するものとする。

(助成金の交付)

第7条 協会は、前条による助成金の交付申請があった場合には、その内容を精査し、予算の範囲内で当該助成金額を確定し、第2条に規定する会員事業者に対し、第4条に規定する助成額を交付するものとする。

(助成金の返還)

第8条 助成金の交付を受けた会員事業者が次に掲げる各号のいずれかに該当するときは、既往の助成金の全額若しくはその一部の返還を命じることができるものとする。

(1) 本要綱の定める規定に違反したとき

(2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じた会員事業者に対し、協会が行う各種助成事業すべてにおいて、原則として、当分の間、助成金交付に係る申請受付け等を行わないものとする。

(報告の義務)

第9条 助成金の交付を受けた会員事業者は、協会が必要と認めた場合には、所要の報告を行わなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、その他運用に関し必要な事項については、別に定めるところによる。

(附 則)

この要綱は、令和7年4月1日から適用する。

# 様式 1 (第 5 条関係)

一般社団法人群馬県トラック協会  
会 長 武 井 宏 殿  
FAX 0 2 7 - 2 6 1 - 7 5 7 6

申込日 令和 年 月 日

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

※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  
会 長 武 井 宏 殿  
F A X 0 2 7 - 2 6 1 - 7 5 7 6

申込日 令和 年 月 日

会 社 名  
住 所  
代表者名  
担当者名  
電話番号  
FAX 番号

印

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)<br>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 ( )<br>AM・PM |
|     | 西暦 年 月 日生まれ       |     |        |                  |
| 2   | (フリガナ)            | 男・女 |        | 月 日 ( )<br>AM・PM |
|     | 西暦 年 月 日生まれ       |     |        |                  |
| 3   | (フリガナ)            | 男・女 |        | 月 日 ( )<br>AM・PM |
|     | 西暦 年 月 日生まれ       |     |        |                  |
| 4   | (フリガナ)            | 男・女 |        | 月 日 ( )<br>AM・PM |
|     | 西暦 年 月 日生まれ       |     |        |                  |
| 5   | (フリガナ)            | 男・女 |        | 月 日 ( )<br>AM・PM |
|     | 西暦 年 月 日生まれ       |     |        |                  |

受付印

## 令和 年 月 日

会長 武井 宏 殿

印

FAX 番号

当社所属の運転者に脳MR I 健診等を受診させたので、貴協会の「脳MR I 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。

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

(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    |     |  |  |  |  |    |  |  |  |
|           |         |     |  |  |  |  |    |  |  |  |

協会受付欄

- (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）
  - ※インターネットバンキングによる支払いの場合は、振込依頼書と合わせて、必ず引き落とされたことが確認できる通帳の（写）等を添付してください。当座から振込の場合は、当座勘定照合表を添付願います。
  - ※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。