

名 税 協 第 2 7 2 号  
平成 3 1 年 3 月 1 0 日

組 合 員 各 位  
賛 助 会 員 各 位

名古屋税理士協同組合  
理事長 鈴木 朋宏

## 平成 3 1 年度 人間ドック・脳ドック受診（助成金交付）について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当組合事業に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、福利厚生事業の一環として、平成 3 1 年度も人間ドック・脳ドックを受診される組合員及び賛助会員の方々を対象に、助成金を交付することが下記のとおり決定いたしましたのでお知らせします。

### 記

1. 人間ドック・脳ドック助成金対象者は、組合員及び賛助会員に限ります。
2. 助成金の交付は、1 事業年度各 1 回限りです。  
平成 3 1 年度は、平成 3 1 年 4 月 1 日から平成 3 2 年 3 月 3 1 日までです。  
助成金申請は一件書類の到達をもって受理します。平成 3 1 年度の最終受付日は、平成 3 2 年 3 月 3 1 日（火）となりますのでご注意ください。（土日祝日、年末年始は休業です。）
3. 「人間ドック・脳ドック協同組合指定医療機関」は、裏面一覧表の通りです。  
組合指定医療機関で受診された場合の助成金交付額は 15,000 円を上限、それ以外の医療機関で受診された場合は 12,000 円を上限とします。  
なお、受診料が上限額に満たない場合は実費相当額とし、千円未満は切り捨てます。
4. 受診希望者は医療機関へ直接お申込ください。
5. 助成金請求は、別紙にて受診後 3 ヶ月以内に組合員又は賛助会員ご本人の受診の領収書（写）を添付のうえ、組合事務局へご提出ください。  
なお、領収書の但し書きは、「人間ドック受診料」又は「脳ドック受診料」と明記してください。
6. 指定医療機関以外で受診された場合には、領収書(写)のほかに「人間ドック」「脳ドック」のパンフレット(写)を添付のうえ、組合事務局へご提出ください。（パンフレットが無い場合は案内状や内容のわかるものの写し）

【ご注意】

1. 助成金対象者は、組合員及び賛助会員に限ります。
2. 助成金の交付は、1事業年度各1回限りです。  
平成31年度は、平成31年4月1日から平成32年3月31日までです。  
助成金申請は一件書類の到達をもって受理します。平成31年度の最終受付日は平成32年3月31日（火）となりますのでご注意ください。（土日祝日、年末年始は休業です。）
3. 組合指定医療機関で受診された場合の助成金交付額は15,000円を上限、それ以外の医療機関で受診された場合は12,000円を上限とします。  
なお、受診料が上限額に満たない場合は実費相当額とし、千円未満は切り捨てます。
4. 受診希望者は医療機関へ直接お申込ください。
5. 助成金請求は、別紙にて**受診後3ヶ月以内**に組合員又は賛助会員ご本人の受診の領収書（写）を添付のうえ、組合事務局へご提出ください。  
なお、領収書の但し書きは、「人間ドック受診料」又は「脳ドック受診料」と明記してください。
6. 指定医療機関以外で受診された場合には、領収書（写）のほかに「人間ドック」「脳ドック」のパンフレット（写）を添付のうえ、組合事務局へご提出ください。（パンフレットが無い場合は案内状や内容のわかるものの写し）

## 人間ドック助成金請求書

登録番号 \_\_\_\_\_ 地域名（支部名） \_\_\_\_\_

組合員・賛助会員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_

（社員税理士・所属税理士の方は勤務先事務所をご記入ください。）

請求日（受診後3ヶ月以内）		年	月	日	
受診日		年	月	日	
受診医療機関					
受診費用（実費）					円
※受診社員税理士名 （法人組合員のみご記入ください）					
医療機関の区分（○を付す）	組合指定医療機関		その他の医療機関		
交付額（○を付す） （受診料が上限に満たない場合は実費相当額）	15,000円		12,000円		
振込口座	銀行・支店	銀行 信用金庫 信用組合			支店 出張所
	預金種目	1. 普通		2. 当座	
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				
添付書類	受診費用の領収書〔写〕を裏面に貼り付けてください。 ※領収書には但し書きとして人間ドックである旨の記載をお願いします。 ※その他の医療機関で受診された場合は、パンフレット〔写〕も添付してください。				

※法人組合員として助成金請求する場合は、下記にご記入・捺印の上ご提出ください。

当税理士法人は、上記受診者を人間ドック助成金の平成____年度 交付対象者として認めます。  税理士法人名 _____  代表者名 _____ (印) (地区内を統括する責任者氏名)
---

## 脳ドック助成金請求書

登録番号 \_\_\_\_\_ 地域名（支部名） \_\_\_\_\_

組合員・賛助会員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_

（社員税理士・所属税理士の方は勤務先事務所をご記入ください。）

請求日（受診後3ヶ月以内）	年	月	日
受診日	年	月	日
受診医療機関			
受診費用（実費）	円		
※受診社員税理士名 （法人組合員のみご記入ください）			
医療機関の区分（○を付す）	組合指定医療機関	その他の医療機関	
交付額（○を付す） （受診料が上限に満たない場合は実費相当額）	15,000円	12,000円	
振込口座	銀行・支店	銀行 信用金庫 信用組合 支店 出張所	
	預金種目	1. 普通	2. 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		
添付書類	受診費用の領収書〔写〕を裏面に貼り付けてください。 ※領収書には但し書きとして脳ドックである旨の記載をお願いします。 ※その他の医療機関で受診された場合は、パンフレット〔写〕も添付してください。		

※法人組合員として助成金請求する場合は、下記にご記入・捺印の上ご提出ください。

当税理士法人は、上記受診者を脳ドック助成金の平成____年度交付対象者として認めます。  税理士法人名 _____  代表者名 _____ (印) (地区内を統括する責任者氏名)
--

# 人間ドック・脳ドック 組合指定医療機関

平成31年3月現在

医療機関名	電話番号	地域名 (支部名)	人間 ドック	脳 ドック	医療機関名	電話番号	地域名 (支部名)	人間 ドック	脳 ドック
岐阜市民病院	058-251-1101 内線 3802	岐阜北	○	△	東海病院東海健康管理センター	052-711-6131 内線 8512	千種	○	○
朝日大学病院	058-251-8001	岐阜北	○	○	医療法人 オリエンタルクリニック	052-741-5181	千種	○	△
医療法人社団カワムラヤスオ メディカルソサエティ河村病院	058-241-3311 内線 112	岐阜北	○	○	医療法人名古屋放射線診断財団 東名古屋画像診断クリニック	0120-76-1716	千種	○	○
医療法人社団誠広会 平野総合病院	058-239-2325	岐阜北	○	△	一般財団法人 愛知健康増進財団	052-951-3331	名古屋北	○	○
医療法人社団慈朋会 澤田病院	058-247-3355	岐阜北	○	△	医療法人大真会 大隈病院	052-991-2111	名古屋北	○	○
医療法人清光会 岐阜清流病院	058-239-8111	岐阜北	○	○	医療法人済衆館 済衆館病院	0568-21-0811	名古屋西	○	○
一般社団法人 ぎふ総合健診センター	058-279-3399	岐阜南	○	△	医療法人慶和会 ひまわりクリニック	052-571-0801	名古屋西	○	○
社団医療法人 かなめ会山内ホスピタル	058-276-2135	岐阜南	○	△	財団法人 名古屋公衆医学研究所	052-412-3111	名古屋中村	○	△
社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 まつなみ健康増進クリニック	058-387-2128	岐阜南	○	○	財団法人 全日本労働福祉協会東海診療所	0120-582-751	名古屋中村	○	△
大垣市民病院	0584-81-3341 内線 1393	大垣	○	△	名古屋セントラル病院	052-452-3165	名古屋中村	○	○
揖斐厚生病院 健診センター	0585-21-1181	大垣	○	○	大名古屋ビルセントラルクリニック	052-587-0311	名古屋中村	○	○
岐阜県立下呂温泉病院	0576-23-2233	高山	○	○	国際セントラルクリニック	052-821-0090 統一予約センター	名古屋中村	○	△
総合病院高山赤十字病院	0577-32-1111 内線 3215	高山	○	○	一般財団法人 毎日ドクター	052-581-2526	名古屋中村	○	△
一般財団法人 ききょうの丘健診プラザ	0572-22-0115	多治見	○	△	医療法人 尚仁会名古屋ステーションクリニック	052-551-6663	名古屋中村	○	△
中濃厚生病院	0575-22-2135	関	○	○	医療法人 慶和会 名古屋駅健診クリニック	052-551-1600	名古屋中村	○	△
財団法人 岐阜健康管理センター	0574-25-2982	関	○	△	中日病院健診センター	052-961-2496	名古屋中	○	○
美濃市立美濃病院 みの健康管理センター	0575-33-1221	関	○	○	名古屋東栄クリニック	052-201-1111	名古屋中	○	△
総合病院中津川市民病院	0573-66-1456	中津川	○	○	医療法人財団健和会 マリンクリニック	052-954-8001	名古屋中	○	○
					医療法人 正会健診センター 栄エンゼルクリニック	052-238-0323	名古屋中	○	○
					医療法人 鹿志会 エルズメディア名古屋 (女性専用クリニック)	052-737-6500	名古屋中	○	△
					和合セントラルクリニック	052-821-0090 統一予約センター	昭和	○	△
					ブラザー記念病院	052-824-2870	昭和	○	△
					医療法人 メドック健康クリニック	052-752-1125	昭和	○	○
					医療法人大医会日進おりど病院 予防医学推進・研究センター	0561-73-3030	昭和	○	○
					医療法人名古屋脳神経外科クリニック 名古屋脳ドック	0561-62-0505	昭和	△	○
					名古屋セントラルクリニック	052-821-0090 統一予約センター	熱田	○	△
					独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院健康管理センター	052-691-7151	熱田	○	○
					医療法人 九愛会 中京サテライトクリニック	0562-93-8222	熱田	○	○
					医療法人 知多クリニック	0569-21-0052	半田	○	△
					一般社団法人 半田市医師会健康管理センター	0569-27-7887	半田	○	○

申請書送付先

〒464-0841  
名古屋市千種区覚王山通8-14 税理士会ビル4階  
名古屋税理士協同組合 宛 TEL052-752-6111