

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
(公印省略)

令和7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、令和7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・脳ドック助成金交付対象者は、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。
令和7年度は、令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）までです。
助成金請求は別紙「助成金請求書」（原本）の到達をもって受理します。（FAXによる提出は不可）。令和7年度の最終受付日は、令和8年3月31日（火）必着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「助成金請求書」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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。（FAXによる提出は不可）。
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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。（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・脳ドック 組合指定医療機関

令和7年6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 8152	千種	○	○
朝日大学病院 総合健診センター	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 109	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	○	／	医療法人順秀会 メディカルパーク今池	052-734-2200 健診予約専用電話	千種	○	○
医療法人社団慈朋会 澤田病院	058-247-3355	岐阜北	○	／	医療法人順秀会 東山内科・小児科 東山健康管理センター	052-734-2200 健診予約専用電話	千種	○	／
一般社団法人 ぎふ総合健診センター	058-279-3399	岐阜南	○	／	一般財団法人 愛知健康増進財団	052-951-3919	名古屋北	○	○
社団医療法人 かなめ会山内ホスピタル	058-276-2135	岐阜南	○	／	社会医療法人大真会 大隈病院	052-982-8803	名古屋北	○	○
社会医療法人蘇西厚生会 まつなみ健康増進クリニック	058-387-2128	岐阜南	○	○	医療法人順秀会 守山内科・小児科 守山健康管理センター	052-734-2200 健診予約専用電話	名古屋北	○	／
大垣市民病院	0584-81-3341 内線 1393	大垣	○	○	医療法人済衆館 済衆館病院	0568-21-0811	名古屋西	○	○
岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院	0585-36-3900	大垣	○	／	医療法人慶和会 ひまわりクリニック	052-571-0801	名古屋西	○	○
地方独立行政法人 岐阜県立下呂温泉病院	0576-23-2222	高山	○	／	一般財団法人 名古屋公衆医学研究所	052-412-3111	名古屋中村	○	／
総合病院高山赤十字病院	0577-32-1111 内線 3217	高山	○	○	一般財団法人 全日本労働福祉協会東海診療所	0120-582-751	名古屋中村	○	／
一般財団法人 ききょうの丘健診プラザ	0572-56-0115	多治見	○	／	名古屋セントラル病院	052-452-1615 (平日12:00～16:00)	名古屋中村	○	○
中濃厚生病院	0575-22-2135	関	○	○	医療法人松柏会 大名古屋ビルセントラルクリニック	052-587-0311	名古屋中村	○	○
一般財団法人 岐阜健康管理センター	0574-25-2555	関	○	○	医療法人松柏会 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	○	／
美濃市立美濃病院 みの健康管理センター	0575-33-5050	関	○	○	一般財団法人 毎日ドクター	052-581-2526	名古屋中村	○	／
総合病院中津川市民病院	0573-66-1456	中津川	○	○	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	○	／
					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	○	／
					中日病院健診センター	052-961-2496	名古屋中	○	○
					名古屋東栄クリニック	052-201-1111	名古屋中	○	／
					医療法人財団医親会 マリンクリニック	052-954-8001	名古屋中	○	○
					医療法人士正会健診センター 栄エンゼルクリニック	052-238-0323	名古屋中	○	○
					医療法人鹿志会 エルズメディケア名古屋 (女性専用クリニック)	052-737-6500	名古屋中	○	／
					医療法人順秀会 スカイル内科 スカイル健康センター	052-734-2200 健診予約専用電話	名古屋中	○	／
					社会医療法人宏潤会 DAIDO MEDICAL SQUARE	052-211-8681	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	052-688-7310 (平日11時～16時半)	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	0569-22-3231	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	○	○

助成金請求書送付先

〒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

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

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。）

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令和__年度
交付対象者として認めます。

税理士法人名

代表者名
(地区内を統括する責任者氏名)

【ご注意】

1. 助成金交付対象者は、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。
令和7年度は、令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）までです。
助成金請求は別紙「助成金請求書」（原本）の到達をもって受理します。（FAXによる提出は不可）。令和7年度の最終受付日は令和8年3月31日（火）必着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「助成金請求書」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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。
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。
※領収書の取得に受診日から3ヶ月以上を要する場合のみ、領収書の代わりに請求書（写）を添付してください。
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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。（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）

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

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。）

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令和__年度交付対象者として認めます。

税理士法人名

代表者名
(地区内を統括する責任者氏名)

【ご注意】

1. 助成金交付対象者は、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。
令和7年度は、令和7年4月1日（火）から令和8年3月31日（火）までです。
助成金請求は別紙「助成金請求書」（原本）の到達をもって受理します。（FAXによる提出は不可）。令和7年度の最終受付日は令和8年3月31日（火）必着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「助成金請求書」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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。
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。
※領収書の取得に受診日から3ヶ月以上を要する場合のみ、領収書の代わりに請求書（写）を添付してください。
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、組合事務局へ郵送または持参にてご提出ください。（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）