

通 報

各 位

大ト協第50号
令和5年5月

一般社団法人大阪府トラック協会
会長 中川才助

令和5年度 トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群（SAS） スクリーニング検査助成について（ご案内）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会運営に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、当協会では、トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策として、患者の早期発見と適切な治療を促し、健康起因事故防止及び労働災害事故防止に寄与することを目的として、SASスクリーニング検査費用の一部を助成いたします。

つきましては、運転者の健康と安全の向上のため、ぜひこの機会に受診いただきますようよろしくお願い申し上げます。

また、申請方法につきましては、**郵送での受付**といたしますので、よろしくお願いいたします。

記

1. 募集期間

令和5年4月3日（月）～令和6年2月29日（木）

※この期間内に受診及び支払いが完了したものに限りです。

2. 助成対象の検査

令和5年4月1日以降に受けられたSASスクリーニング検査のうち、**健康保険適用外**である次に掲げる検査とします。

- ・第1次検査…簡易アンケートによるチェック、解析、判定
- ・第2次検査…簡易スクリーニング検査

3. 助成金額

①第1次検査及び第2次検査を同時に実施している場合

合計費用（税込）の1/2、かつ上限**2,500円**/人

②第1次検査及び第2次検査を別に実施している場合

第1次検査費用（税込）の1/2、かつ上限 **500円**/人

第2次検査費用（税込）の1/2、かつ上限**2,000円**/人

4. 助成対象

大阪府下の事業所に在籍する営業用貨物車両の運転者

※お一人様につき、年度内に一度限りの助成とさせていただきます

5. 検査受診～助成申請～アンケート提出の流れ

- ① 全ト協もしくは大ト協の指定する、検査・医療機関（次頁参照）のいずれかに事前に電話で検査予約を取り、（大ト協様式1）スクリーニング検査申込書兼委任状の正本を各機関へ提出（大ト協には提出しない）後、受診してください。

指定外の機関で受診を希望される場合は、大ト協がその機関を指定検査・医療機関に登録した後、受診が可能となりますので、必ず受診前に大ト協 業務部までお問合せください。

受診後にご連絡をいただいた場合は、助成を受けられませんのでご注意ください。

- ② 検査後、費用を支払い、必要書類（下記の6. 参照）を添えて大ト協まで助成申請をしてください。
- ③ 検査結果をもとに、要精密検査となった人数や治療状況等を確認していただいてから、全ト協HP上の「アンケート回答ページ」にアクセスの上、検査結果状況をご報告ください。

(アンケート回答ページ) 全ト協 HP [HOME](#) > [会員の皆様へ](#) > [助成制度](#) > 令和5年度トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成事業について

※大ト協への報告は不要です。

※報告期限は設けておりませんので、必ずご提出ください。

6. 助成申請必要書類

- ① (大ト協様式2) 令和5年度 SAS スクリーニング検査助成金交付申請書兼誓約書
 - ② 検査・医療機関の請求書(写) および検査費用明細書(写) **※ 両方とも必要です。**
 - ③ 領収証(写)
- ※ 振込明細書等(写) も可(但し、支払元・振込先・金額が明記されていること)
- ※ 領収証、振込明細書等(写) は、切り貼りや修正があるものは認められません。

7. その他

- ・ **全ト協HPでの(全ト協様式1-1、全ト協様式1-3)による交付申請は受理いたしません。**
- ・ 記入の訂正は、修正液等を使用せず、二重線で消した上から書き直してください。
- ・ **申請前に、各社にて申請書類のコピーをお取りください。**

(助成金申請先【郵送先】ならびにお問合せ先)

〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2

(一社) 大阪府トラック協会 業務部

TEL : (06) 6965-4036

全ト協指定 検査・医療機関

- NPO法人 ヘルスケアネットワーク
〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階
TEL:(06)6965-3666
- NPO法人 睡眠健康研究所
〒156-0042 東京都世田谷区羽根木1-25-16
TEL:(03)5355-9941
- 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター
〒160-0004 東京都新宿区四谷3-2-5 全日本トラック総合会館2階
TEL:(03)3359-9010

大ト協指定 検査・医療機関

- 医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院
〒574-0074 大東市谷川2-10-50
TEL:(072)874-1641
- たなか睡眠クリニック
〒600-8006 京都市下京区四条通柳馬場西入立売中之町99 四条SETビル5階
TEL:(075)257-1287
- 医療法人医誠会 医誠会病院
〒533-0022 大阪市東淀川区菅原6-2-25
TEL:(06)6326-1121
- 医療法人医誠会 摂津医誠会病院
〒566-0021 大阪府摂津市南千里丘1-32
TEL:(06)6319-0531
- 医療法人正幸会 正幸会病院
〒571-0055 大阪府門真市中町11-54
TEL:(06)6905-8833
- 大阪本町メディカルクリニック
〒541-0052 大阪市中央区安土町3-3-5 イケガミビル5階
TEL:(06)6266-7001
- かわもと医院
〒535-0005 大阪市旭区赤川4-1-39
TEL:(06)6928-8001
- 森上内科糖尿病クリニック
〒578-0961 東大阪市南鴻池町2-2-12 大阪市旭区赤川4139
TEL:(06)6746-0555
- 塩田医院
〒596-0825 岸和田市土生町5-1-34 プリマード東岸和田1F
TEL:(072)428-3800

【大ト協様式1】

(会員事業者 → 検査・医療機関)

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る

スクリーニング検査申込書兼委任状

令和 年 月 日

____ 殿 (検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。)

事業者名	(連絡責任者) 役職・氏名
代表者名	印 電話番号
住 所	〒 _____

1. 私(申込者)は、睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」という。)のスクリーニング検査申込にかかるとして、一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者にて委任致します。また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる健康起因事故及び労働災害事故を未然に防止することから検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。
2. 私(事業者)は、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。
3. 私(事業者、申込者)は、SASスクリーニング機器の取り扱いについては充分注意致します。なお、不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。
4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

※ 検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用並びに紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

No.	機器No.	申込者氏名	ふりがな	同意年月日	印
1				年 月 日	
2				年 月 日	
3				年 月 日	
4				年 月 日	
5				年 月 日	

No.	機器No.	申込者 氏名	氏名ふりがな	同意年月日	印
6				年 月 日	
7				年 月 日	
8				年 月 日	
9				年 月 日	
10				年 月 日	
11				年 月 日	
12				年 月 日	
13				年 月 日	
14				年 月 日	
15				年 月 日	
16				年 月 日	
17				年 月 日	
18				年 月 日	
19				年 月 日	
20				年 月 日	

捨印

【大ト協様式2】

令和 年 月 日

_____ 支部

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

〒 _____

住 所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____ (印)

電話番号 _____

FAX 番号 _____

担当者名 _____

※貴社印（丸印）を押印してください

令和5年度 トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群(SAS) スクリーニング検査助成金交付申請書兼誓約書

当社運転者に対し標記スクリーニング検査を実施しましたので、下記のとおり助成金の交付申請をいたします。

記

1. 助成金申請額 _____ 円 ※金額の訂正は不可

2. 申請内訳（※助成単価は、検査費用（税込）の1/2、かつ上限を超えないこと）

①第1次検査及び第2次検査を同時に実施している場合

_____名×_____円(※上限2,500円) = _____円

②第1次検査及び第2次検査を別に実施している場合

第1次検査 _____名×_____円(※上限500円) = _____円

第2次検査 _____名×_____円(※上限2,000円) = _____円

3. 助成金振込先口座

金融機関名 _____

支店名 _____

口座種別（当座・普通） _____

口座番号 _____

フリガナ
口座名義 _____

＜ 必要書類 ＞

①検査・医療機関の請求書（写）と検査費用明細書（写）※両方とも必要です。

②領収証（写） ※振込明細書等（写）も可

※但し、支払元・振込先・金額が明記されていること

●誓約書（□内にチェック（レ）を入れてください）

□当該受診に係る費用は、当社が全額負担していることを誓約いたします。

◆ 助成申請前に必ず各社にて申請書類の控えをお取りいただき、保管してください ◆