

平成26年4月

受診希望会員 各位

一般社団法人 東京都トラック協会

平成26年度「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
(手 続 詳 細)

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記SAS検査について、下記のとおりご案内いたします。

また、SASと診断をされても、適切な治療を受けることにより、支障なく業務に従事できますので、安心して受診してください。

敬 具

記

I. 検査・助成の申込み等

1. 申込受付期間

平成26年4月21日(月)から同年12月26日(金)まで

(助成枠に到達した時点で受付終了となりますので、出来るだけ早くお申込みいただきますようお願いいたします。)

※平成26年4月1日(火)から同年4月20日(日)に実施した検査については、東ト協及び全ト協の助成要件を満たしている場合には遡って助成対象とします。

2. 助成対象者

東ト協会員事業者のうち、原則として都内事業所に勤務している運転者等

3. 助成対象検査

助成対象検査内容は、SASスクリーニング検査のうち、**健康保険適用外**である第一次検査(簡易アンケートによるチェック、解析、判定)及び第二次検査(パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査)とし、両検査をセットで実施します。

(注)本検査以降の専門医による精密検査(健康保険適用部分)については、本助成制度の対象外です。その後の措置等は、会員事業者及び受診者の個別対応となります。

4. 東ト協本部業務課への申込み

(1)受診希望の会員事業者は、『実施案内・申込書』の下欄の申込書(様式1)に必要事項を記入のうえ、東ト協へFAXにてお申し込みください。

(2)受診希望会員事業者からの申込人数を確認した後、東ト協より受診の可否を電話にてご連絡します。

(3) 東ト協より申込みを承認された受診希望の会員事業者は、下記の※関係書類をご用意ください。

※関係書類:『検査申込書兼委任状』(様式3)、『助成金申請書(請求書)』(様式4)
(東ト協ホームページ(<http://www.totokyo.or.jp>)からプリントアウトしていただくか、東ト協からFAXにてお送りします。)

(4) 原則30名までの申し込みとしますが、31名以上の申し込みを希望される場合については、別途申し込みとなりますので、東ト協から申込書(様式1-2)を入手し、必要事項を記入の上、FAXにてお申し込みください。(要問合せ)

5. 検査機関への予約・申込み

(1) 東ト協へFAXにて申込書(様式1)を提出し、受診可の連絡を受けた会員事業者は、下記のいずれかの検査・医療機関へ電話にて検査の仮予約をし、必要事項を記入した「検査申込書兼委任状」(様式3)を郵送にて提出してください。

なお、「検査申込書兼委任状」(様式3)は、その原本を提出することとし、その写しは会員事業者において本検査が終了するまで必ず保管してください。

(2) 会員事業者は、貴社の申込者から「検査申込書兼委任状」(様式3)の写しを求められたときは、交付してください。

◎検査機関・検査機器返却先(全ト協指定機関)

1. 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/FAX:03-5355-9956

2. NPO法人ヘルスケアネットワーク(OCHIS)

〒101-0052 千代田区神田小川町1-3-1
TEL:03-3295-1271/FAX:03-3295-1274

3. 一般財団法人運輸・交通 SAS 対策支援センター

〒160-0004 新宿区四谷2-14-8
TEL:03-3359-9010/FAX:03-3353-5431

II. 検査

1. 検査方法と結果

(1) 会員事業者は、申込みをした検査機関に対して、その指示により、申込人数分の検査費用(全ト協指定機関の場合:概ね1人5,000円)を振込み、検査明細書(検査機関が発行した受診者名及び受診者数が確認できる書類)及び領収書を受領します。

(2) 会員事業者は、宅配便等で送付された検査機器等により検査を実施し、検査後速やかに検査機器等を検査機関へ宅配便等により返却してください。

(注)1. 検査機器等の取り扱いについては、破損・紛失等が生じた場合には、相当額の賠償が発生しますので、充分ご注意ください。

2. 検査機器等を検査・医療機関へ返却される際の宅配便等の送料については、受診会員側の負担とします。

(3) 検査結果の報告は、後日、検査機関から会員事業者へ送付されます。

(※受診者毎の封書が会社に送付されますので、適切な対応をお願いします。)

Ⅲ. 助 成 金

1. 助成金額

助成合計金額は、1社30名までは、1人上限4,000円。(第一次検査及び第二次検査受診終了者に限る。)(東ト協助成金1,500円及び全ト協助成金2,500円の合算額。)

31名以上は、1人上限2,500円(全ト協助成相当額のみ)。

※31名以上の助成については、予算を超過し実施されない場合があります。

再検査費用については、かかる費用の半額までとし、1人上限500円を助成。

(詳細は、『実施要綱』を参照ください。)

(注)1. 30名以内の検査費用は、全ト協指定機関の場合:概ね1人5,000円で、そのうち、会員事業者負担額は1人1,000円程度となります。

2. 検査費用は、検査申込時に会員事業者でお支払いいただき、検査後、会員事業者からの請求に基づいて助成します。

2. 助成金の請求

請求については、検査終了後、「助成金申請書(請求書)」(様式4)に必要事項をご記入の上、『検査明細書の写し』及び『領収書の写し』を添付し、東ト協へ提出してください。

(※様式4は原本を提出)

なお、31名以上の助成金請求(様式4-2)については、全ト協助成相当額(上限2,500円)とし、申請受付期間終了後、申請状況及び予算額等を勘案して調整の上、速やかに東ト協から「31名以上助成請求人数」を通知しますので、申請事業者はこの決定通知に基づいて請求してください。

3. 助成金の請求期限

平成27年2月13日(金)まで

Ⅳ. そ の 他

○会員事業者及び申込者(受診者)においては、助成金請求後1か月を目途に検査結果、及び精密検査を受診した人についてはその結果を、「スクリーニング検査結果状況等の報告」(様式6)により、東ト協へ報告することに同意することを前提に申し込みをお願いします。

なお、検査結果状況の報告が無い場合は、次年度以降検査助成を受けられない場合があります。

○本検査に係る収集データ及びその取り扱い等については、個人情報保護法に基づき、目的外利用のないようご注意ください。

○会員事業者は、本検査から得た検査結果を理由に、解雇や配置転換など、申込者への不利益にならないようにしてください。また、申込者(受診者)は、本検査の事務手続き等の一切について、検査機関に委任し、同機関及び事業者の指導に従うこと等に同意することを前提に申し込んでください。

(詳細は、「検査申込書兼委任状」(様式3)を参照してください。)

○会員事業者・申込者(受診者)においては、本検査で使用する機器が医療精密機器のため、その取り扱いの注意並びに破損・紛失等の場合の損害賠償等について周知してください。

○会員事業者は、本検査の申込み以降、受診者数に変更が生じた場合、または受診を中止した場合等においては、速やかに、東ト協本部業務課に連絡をしてください。

【 問合せ先 ・助成金申請書(請求書)の送付先】

〒160-0004 東京都新宿区四谷3-1-8

一般社団法人東京都トラック協会 運行管理部 業務課 TEL:03-3359-6257