

各所属長 様

一般財団法人千葉県公立学校教職員互助会理事長  
(公印省略)

## 令和3年度脳ドック検診料補助事業の実施について(通知)

このことについて、指定医療機関での脳ドックの利用者に対する検診料補助事業を下記のとおり実施しますので、貴所属互助会員に周知されるとともに事務処理に遺漏のないようお願いいたします。

### 記

#### 1 対象者

令和3年4月1日現在、満30歳以上の現職互助会員  
(再任用互助会員は除く。)

#### 2 指定医療機関

「令和3年度脳ドック指定医療機関一覧表」記載の医療機関 (P.2~3)

#### 3 実施期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日まで

#### 4 補助額 (令和3年度より補助内容に一部変更あり。P.2も併せて確認のこと)

3年度に1回限り、10,000円を上限に検診料(税抜き)を補助

※ 公立学校共済組合が実施する脳ドック補助と併せて補助を受けられるので、共済組合発行の受診券を使用して受診した後、互助会へ請求してください。

※ 公立学校共済組合の脳ドック補助については、共済組合から別途通知されます。

#### 5 請求方法

- (1) 指定医療機関に予約をしてください。
- (2) 互助会の会員証を提示し、予約した医療機関で脳ドックを受診してください。
- (3) 検診料を支払い、「脳ドック」と明記された単独の領収書を受領してください。
- (4) 受診後、次の書類を互助会へ送付し、脳ドック補助金を請求してください。
  - ア 「脳ドック補助金請求書」(P.4をコピー又は互助会HPよりダウンロード)
  - イ 領収書の原本(コピー、再発行不可)
- (5) 書類確認後、本人口座へ補助金を振り込みます。

#### 【問合せ先】

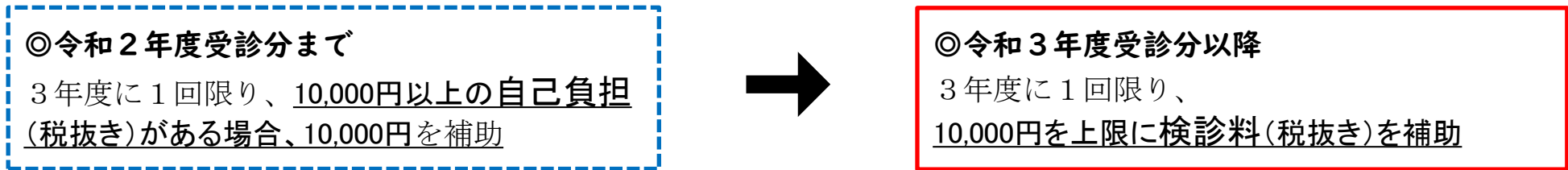
一般財団法人千葉県公立学校教職員互助会  
TEL 043-223-4119

## 令和3年度 脳ドック指定医療機関一覧表

### ▲御注意ください！

令和3年度より、補助内容が一部変更になります。

令和2年度までの受診分もP.4掲載の最新様式で請求してください。旧様式は使用できません。



★契約料金18,000円の医療機関で、共済組合受診券利用により  
10,000円の補助を受けた後の領収金額の内訳例★

◎令和2年度受診分まで	◎令和3年度受診分以降
☆ ①+②が『10,000円以上の自己負担(税抜き)がある場合』に該当するため、10,000円を補助	☆ ①が補助対象のため、8,000円を補助
☆ 自己負担が10,000円未満の場合は、補助はありません	☆ 共済組合受診券利用後に自己負担した検診料(税抜き)が10,000円以上の場合は、上限の10,000円を補助

①脳ドック検診料	8,000円	
②結果データ	2,000円	
③消費税(10%)	2,000円(契約料金+②の10%)	
計	12,000円	

(別途、消費税がかかります)

No.	医療機関名	所在地	電話	検診料(円) (税抜き)
1	井上記念病院	千葉市中央区新田町1-16	043-245-8811	45,000
2	最成病院ヘルスケアセンター	千葉市花見川区柏井町800-1	043-257-8111	30,000
3	山王病院	千葉市稲毛区山王町166-2	0120-232-830	34,000
4	亀田総合病院附属幕張クリニック	千葉市美浜区中瀬1-3CD-2	043-296-2321	30,000
5	みつわ台総合病院	千葉市若葉区若松町531-486	043-254-3201	35,000
6	ポートスクエア柏戸クリニック	千葉市中央区問屋町1-35 千葉ポートサイドタワー27F	043-245-6051	28,000
7	船橋中央病院	船橋市海神6-13-10	047-433-5885	35,000
8	千葉徳洲会病院	船橋市高根台2-11-1	047-774-0385	30,000
9	市川東ヘルスクリニック	市川市二俣2-14-1	047-327-2111	30,000
10	津田沼中央総合病院	習志野市谷津1-9-17	047-476-5134	28,000
11	東邦鎌谷病院	鎌ヶ谷市栗野594	047-445-6411	19,000
12	小張総合病院	野田市横内29-1	04-7124-7427	38,000
13	柏厚生総合病院	柏市篠籠田617	04-7144-8868	28,000
14	柏健診クリニック	柏市柏4-5-22	0120-15-4119	24,000
15	白井聖仁会病院	白井市笹塚3-25-2	047-491-7596	32,660
16	島田総合病院	銚子市東町5-3	0479-22-0063	54,400
17	国保旭中央病院	旭市イの1326	0479-62-3822	35,500
18	浅井病院	東金市家徳38-1	0475-58-1407	50,000
19	さんむ医療センター	山武市成東167	0475-82-2521	45,000
20	山之内病院	茂原市町保3	0475-25-6355	35,000
21	館山病院	館山市長須賀196	0470-23-5030	41,000

(別途、消費税がかかります)

No.	医療機関名	所在地	電話	検診料(円) (税抜き)
22	安房地域医療センター	館山市山本1155	0470-25-5120	30,500
23	亀田クリニック健康管理センター	鴨川市東町1344	04-7099-1115	30,000
24	池袋ロイヤルクリニック	東京都豊島区東池袋1-21-11 オーク池袋ビル 8・9・10F	03-3989-1112	34,000
25	柏市立柏病院	柏市布施1-3	04-7134-2000	33,000
26	千葉西総合病院	松戸市金ヶ作107-1	047-384-8074	60,000
27	袖ヶ浦さつき台病院健診センター	袖ヶ浦市長浦駅前5-21	0438-38-6575	43,000
28	千葉中央メディカルセンター	千葉市若葉区加曽利町1835-1	043-379-7667	60,000
29	ちば県民保健予防財団総合健診センター	千葉市美浜区新港32-14	043-242-6131	43,000
30	聖隷佐倉市民病院健診センター	佐倉市江原台2-36-2	043-486-0006	53,000
31	シンワ総合健診センター	八千代市米本2167-8	0120-01-8121	42,000
32	セコメディック病院	船橋市豊富町696-1	047-457-9923	42,871
33	平和台病院予防医療センター	我孫子市布佐834-28	04-7189-1119	35,000
34	メディカルガーデン新浦安 総合健診センター	浦安市日の出1-1-25	047-709-3800	43,000
35	成田富里徳洲会病院【R3新規】	富里市日吉台1-1-1	0476-85-5313	36,000
36	シンワメディカルリゾート柏の葉 健診クリニック	柏市若柴178-4-2 K0IL4F 401	0120-900-277	42,000
37	名戸ヶ谷病院	柏市新柏2-1-1	04-7166-6122	40,000
38	名戸ヶ谷あびこ病院	我孫子市我孫子1855-1	04-7157-2233	40,000
39	J Aとりで総合医療センター	茨城県取手市本郷2-1-1	0297-74-0622	(A)50,000(認知症検査含む) (B)40,000
40	国際医療福祉大学成田病院	成田市畑ヶ田852	0476-35-5602	40,000
41	柏たなか病院【R3新規】	柏市小青田1-3-2	04-7131-2211	42,855
42	公立学校共済組合関東中央病院	東京都世田谷区上用賀6-25-1	03-3429-1171	45,000
43	日下医院	千葉市中央区東千葉1-1-1	043-287-6156	42,000
44	千葉脳神経外科病院	千葉市稲毛区長沼原町408	043-250-1228	60,000
45	勝田台病院	八千代市勝田622-2	047-482-3498	35,000
46	東船橋病院	船橋市高根台4-29-1	047-468-0118	38,000
47	江戸川病院	野田市山崎2702	04-7124-5800	20,000
48	つくば総合健診センター	茨城県つくば市天久保1-2	029-856-3500	50,000
49	大網白里市立国保大網病院	大網白里市富田884-1	0475-70-1082	30,000
50	楠樹記念クリニック	東京都新宿区西新宿2-6-1 新宿住友ビル3F	03-3344-6666	30,000
51	東京ベイ先端医療・幕張クリニック	千葉市美浜区豊砂1-17	0120-71-6651	31,500
52	メディカルスキヤニング千葉	千葉市中央区弁天1-5-1 オーパスビルディング地下1F	043-254-5670	26,180

# 脳ドック補助金請求書

		決定額 ※記入しない	円
会員氏名		受診日	年 月 日
職員コード(8桁)		年齢 (受診日時点)	歳
所属名		医療機関名	
所属コード		受診券 (共済組合発行) の利用有無	利用有 ・ 利用無
互助会 加入年月日	年 月 日	請求金額 <sup>注1</sup> 該当する□に チェック	自己負担した検診料(税抜き)が <input type="checkbox"/> 10,000円以上⇒ <b>10,000</b> 円
生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 10,000円未満⇒ ※自己負担した税抜き 検診料を記入 してください

医療機関の証明 <sup>注2</sup>	検診を受けた者の氏名		検診年月日	年 月 日
	検診名	脳ドック	検診料	円
	上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 印			

上記のとおり請求します。

年 月 日  
一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様  
請求者氏名 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日  
〒 ー 電話 ( )  
所属所在地  
所属名  
所属長名 印

- 1 給付対象は、互助会指定医療機関で受診した場合の、**自己負担した検診料(税抜き)**に限ります。
- 2 上記証明に代えて、本人が負担した額の領収書(原本。コピー不可)を添付しても差し支えありません。領収書の添付で請求する場合は、**領収書に『脳ドック』を受診した旨の表記が必要**です。

互助会 使用欄	給付履歴	対象外年齢
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(前回 年度) → <input type="checkbox"/> 3年度経過OK	<input type="checkbox"/> 30歳未満 <input type="checkbox"/> 再任用