

健康保持増進事業助成金申請書 【承認書】

令和 年 月 日

一般財団法人 山形県社会保険協会 宛

下記のとおり、人間ドック等を受診しますので、**保険証（資格確認書）の写を添付して**助成金を申請します。

事業所名称			
事業所所在地	〒 — —		
電話番号	— —	被保険者人数	人
事業所記号	— (例： 01-イロハ)		
担当者氏名		担当者所属部署	

【人間ドック等受診予定者】

受診予定者氏名	区分	被保険者	被扶養者
健康保険証の番号	性別	男	女
受診予定者生年月日	昭和 平成	年 月 日	年齢 歳
受診予定日	令和 年 月 日		
受診する 健診機関名	契約機関	山形健康管理センター・山形済生病院・やまがた健康推進機構山形検診センター 至誠堂総合病院・全日本労働福祉協会東北支部・篠田総合病院・東北中央病院 やまがた健康推進機構庄内検診センター・庄内地区健康管理センター 庄内余目病院・庄南クリニック・やまがた健康推進機構米沢検診センター やまがた健康推進機構南陽検診センター・三友堂病院 やまがた健康推進機構最上検診センター・山形県立新庄病院・新庄徳洲会病院 受診される機関を○で囲んでください	
	上記以外	その他（ ） 契約機関以外で受診される場合には、（ ）内に受診機関を記入してください	

※ 太枠欄の中に全てご記入ください。

契約機関で受診される場合の「承認書」は、受診する健診・医療機関に当協会から直送します。

ただし、「承認書」を受診日までに送付することが間に合わない場合には、「承認書」は会員事業所さまに送付します。その際には、一旦全額お支払いいただき、後日、領収書の写を添えて当協会に請求いただきます。

令和 年 月 日
上記申請内容を承認いたします。
山形市本町二丁目3番38号 一般財団法人 山形県社会保険協会長 印

【注意事項】

- ドック等受診料金の受診者ご本人負担額が、2,000円未満の場合には助成を受けられません。
- 人間ドック等を受診される方が助成対象です。「生活習慣病予防健診」受診は助成を受けられません。

記入例

健康保持増進事業助成金申請書 【承認書】

一般財団法人 山形県社会保険協会 宛

申請日を記入
してください

令和 6 年 4 月 10 日

下記のとおり、人間ドック等を受診しますので、**保険証（資格確認書）の写を添付して**助成金を申請します。

事業所名称	株式会社 山形社保協会			1事業所の助成人数は、被保険者数の1/2名以下、最大25名までです (被保険者が10名の場合、助成対象者は5名)
事業所所在地	〒990-0043 山形市本町2-3-38			
電話番号	023-642-6261	被保険者人数	10 人	
事業所記号	01 - ヤルシ			(例: 01-イロハ)
担当者氏名	大谷 一郎	担当者所属部署	総務課	

【人間ドック等受診予定者】

健康保険被保険者証に記載されている「番号」を記入してください
「記号」の記載は必要ありません

受診予定者氏名	鈴木 翔平	区分	被保険者	被扶養者
健康保険証の番号	305	性別	男	女
受診予定者生年月日	昭和 41年 4月 5日	年齢	58 歳	
受診予定日	令和 6 年 5 月 22 日			
受診する 健診機関名	契約機関	山形健康管理センター・健康推進機構山形検診センター 至誠堂総合病院・全日本健康推進機構山形検診センター・東北中央病院 やまがた健康推進機構庄内検診センター・庄内地区健康管理センター 庄内余目病院・庄南クリニック・やまがた健康推進機構米沢検診センター やまがた健康推進機構南陽検診センター・三友堂病院 やまがた健康推進機構最上検診センター・山形県立新庄病院・新庄徳洲会病院 受診される機関を○で囲んでください		
	上記以外	その他 () 契約機関以外で受診される場合には、()内に受診機関を記入してください		

※ 太枠欄の中に全てご記入ください。

契約機関で受診される場合の「承認書」は、受診する健診・医療機関に当協会から直送します。ただし、「承認書」を受診日までに送付することが間に合わない場合には、「承認書」は会員事業所さまに送付します。その際には、一旦全額お支払いいただき、後日、領収書の写を添えて当協会に請求いただきます。

令和 年 月 日

上記申請内容を承認いたします。

山形市本町二丁目3番38号
一般財団法人 山形県社会保険協会長 印

【注意事項】

- ドック等受診料金の受診者ご本人負担額が、2,000円未満の場合には助成を受けられません。
- 人間ドック等を受診される方が助成対象です。「生活習慣病予防健診」受診は助成を受けられません。