

記入例

健康保持増進事業助成金申請書(承認書)

令和〇〇年〇月〇日

一般財団法人 山形県社会保険協会 殿

申請日を記入してください

次のとおり人間ドックを受診しますので助成金を申請します。

フリガナ 事業所名称	〇〇〇ショウジ 株式会社 〇〇〇商事		必ず社印を押してください
所在地	〒990-0043 山形市本町〇-〇-〇	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20名の場合、助成対象者は10名)	
電話番号	023-123-4567	被保険者数	20名
健康保険被保険者証記号 (事業所)	1 2 0 1 3 1 2 1		
担当者名	協会 一郎	部署	〇〇部 〇〇課

健康保険被保険者証の左上に記載されている「記号」(7桁または8桁の数字)を記入してください

健康保険被保険者証の右上に記載されている「番号」を記入してください

■ 人間ドック

健康保険被保険者証番号	1 2 3	区分	被保険者・被扶養者
利用者氏名	保険 太郎	性別	男・女
生年月日	昭和 平成 45年6月7日	年齢	49歳
予約日	令和〇〇年〇月〇日		
健診機関名	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(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・庄内地区健康管理センター・庄内余目病院・三友堂病院 山形県立新庄病院・新・徳洲会病院・その他()		

※太枠欄の中をご記入ください。

受診機関を○で囲むか、その他()に機関名を記入してください

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

印

注意事項

- ① 勤務先の福利厚生でドック代が全額事業主負担、または本人の負担額が2,000円未満の場合は助成を受けられません。
- ② 『人間ドック』を受診される方が対象です。『生活習慣病予防健診』では助成を受けることができませんのでご注意ください。
- ③ 『人間ドック』を受診される方の保険証の写しを忘れずに添付してください。

協会使用欄

山・済・や・至・全・荘・余・三・新・徳・他

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 殿

次のとおり人間ドックを受診しますので助成金を申請します。

フリガナ 事業所名称				印
所在地	〒 -			
電話番号	-	-	被保険者数	名
健康保険被保険者証記号 (事業所)				
担当者名			所属部署	

■ 人間ドック受診予定者

健康保険 被保険者証番号		区分	被保険者・被扶養者
利用者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日	年齢	歳
予約日	令和 年 月 日		
健診機関名	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(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・荘内地区健康管理センター・庄内余目病院・三友堂病院 山形県立新庄病院・新庄徳洲会病院・その他()		

※太枠欄の中をご記入ください。

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

印

注意事項

- 勤務先の福利厚生でドック代が全額事業主負担、または本人の負担額が2,000円未満の場合は助成を受けられません。
- 『人間ドック』を受診される方が対象です。『生活習慣病予防健診』では助成を受けることができませんのでご注意ください。
- 『人間ドック』を受診される方の保険証の写しを忘れずに添付してください。

協会使用欄

山・済・や・至・全・荘・余・三・新・徳・他

(契約健診機関を受診されるみなさまへ)

【申請方法と受診までの流れ】

- ① 人間ドックの予約を健診機関へお申込みください。
- ② 健診機関にて受診日時等が決定されます。
- ③ 事業所担当者さまは申請書（承認書）に必要事項をご記入の上郵送または FAX にてお送りください。

<提出書類>

- 健康保持増進事業助成金申請書(承認書)
- 受診する方全員の保険証の写し

<提出先>

一般財団法人 山形県社会保険協会

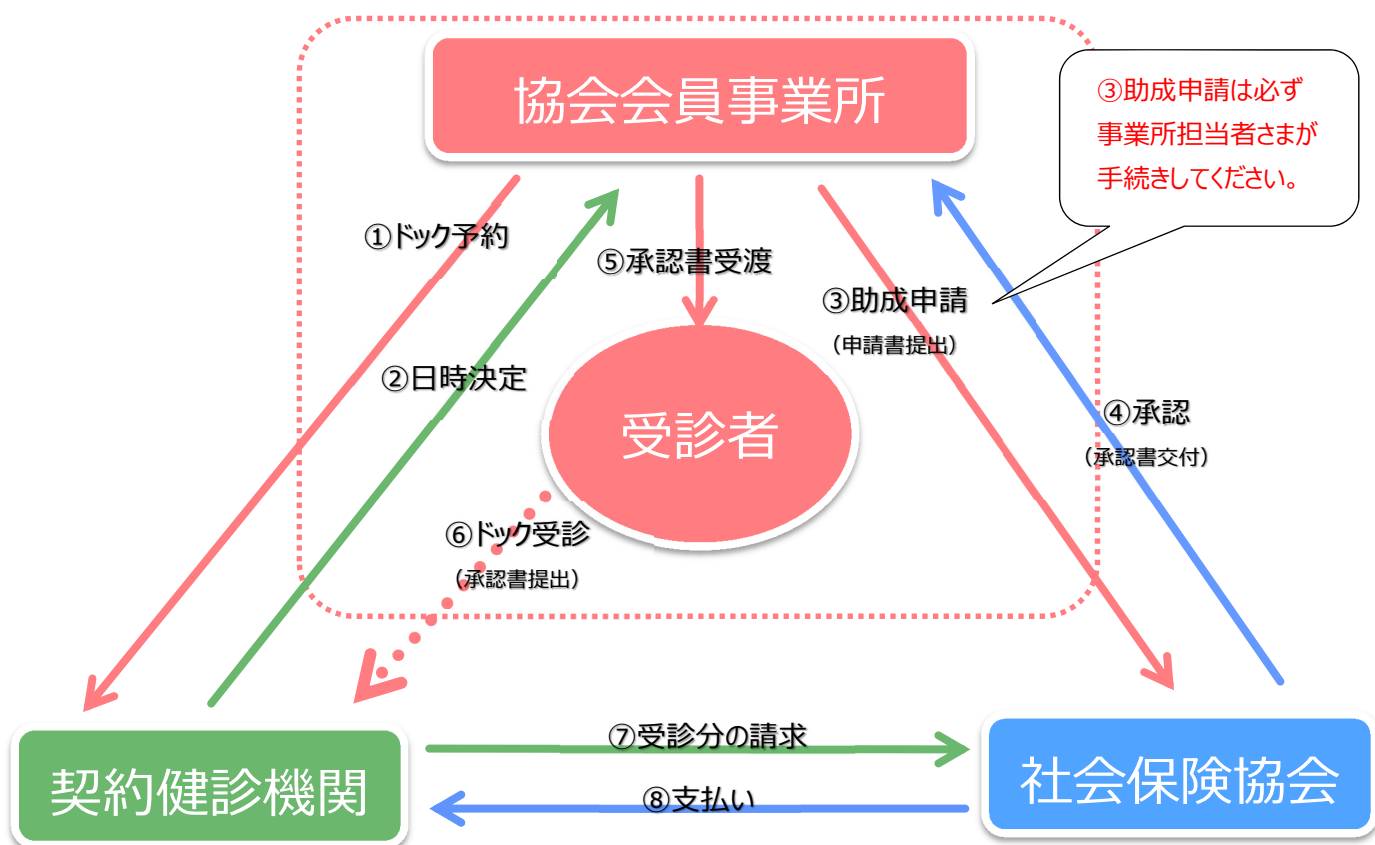
〒990-0043 山形市本町 2-3-38 岩城ビル 4F FAX 023-633-4114

- ④ 当協会にて申請内容を審査し、7 日以内に承認書を事業所さまへ送付します。
- ⑤ 受診する方へ承認書（原本）をお渡しく下さい。
- ⑥ 受診日当日、受診する方は承認書（原本）を健診機関へ提出してください。

【注意事項】

- ※ 対象となる方は、人間ドックを受診する被保険者さま・被扶養者さまです。
- ※ 助成人数は、1 事業所につき被保険者数の 1/2 以下、最大 25 名までです。
- ※ 人間ドックの費用を、ご自身で 2,000 円以上負担する方。
- ※ 同年度お一人 1 回の助成となります。
- ※ 年間助成金額は限られているため、期間内であっても申請多数により限度額に達した場合は、終了させていただきますので予めご了承ください。

【申請フロー図】



(契約外健診機関を受診されるみなさまへ)

【申請方法と受診までの流れ】

- ① 人間ドックの予約を健診機関へお申込みください。
- ② 健診機関にて受診日時等が決定されます。
- ③ 事業所担当者さまは申請書（承認書）に必要事項をご記入の上郵送または FAX にてお送りください。

<提出書類>

- 健康保持増進事業助成金申請書(承認書)
- 受診する方全員の保険証の写し

<提出先>

一般財団法人 山形県社会保険協会

〒990-0043 山形市本町 2-3-38 岩城ビル 4F FAX 023-633-4114

- ④ 当協会にて申請内容を審査し、7 日以内に承認書を事業所さまへ送付します。
- ⑤ 該当する方が人間ドックを受診したら、事業所担当者さまは月単位（月末締め）で取りまとめ、翌月 15 日までに当協会へ請求書（任意様式可）を郵送にてお送りください。（送付先は③と同じです）

<提出書類>

- 健康保持増進事業助成金支払請求書 ■ 領収書又は受診証明書（任意様式）の写し

- ⑥ 請求内容を審査し助成金をご指定の口座へお振込みいたします。

【注意事項】

- ※ 対象となる方は、人間ドックを受診する被保険者さま・被扶養者さまです。
- ※ 助成人数は、1 事業所につき被保険者数の $1/2$ 以下、最大 25 名までです。
- ※ 人間ドックの費用を、ご自身で 2,000 円以上負担する方。
- ※ 同年度お一人 1 回の助成となります。
- ※ 年間助成金額は限られているため、期間内であっても申請多数により限度額に達した場合は、終了させていただきますので予めご了承ください。

【申請フロー図】

