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助成金を申請します。

会員番号		会費払込受領証や広報誌送付用封筒の宛名シールに印字されております。
事業所名称		
事業所所在地	〒　　－	
電話番号	－　　－	被保険者人数：　　人
担当者氏名		担当者所属部署：
事業所が確認したら○で囲んでください。	確認	下記受診予定者は、当事業所の健康保険被保険者または第１号厚生年金被保険者(※)、若しくはその被扶養者であることを確認しました。

※【第１号厚生年金被保険者とは】厚生年金被保険者のうち、主に民間の事業所に使用される方であり、旧共済組合の組合員（公務員）ではない方をいいます。

【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
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	性　別	男　・　女

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 ・ 荘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　㊞

【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】

令和　8　年　3　月　10　日

申請日を記入してください

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助成金を申請します。

会員番号	123456	会費払込受領証や広報誌送付用封筒の宛名シールに印字されております。	
事業所名称	株式会社　山形社保協会		
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
担当者氏名	山形　花子	担当者所属部署	総務課
事業所が確認したら〇で囲んでください。	確認	下記受診予定者は、当事業所の健康保険被保険者または第１号厚生年金被保険者(※)、若しくはその被扶養者であることを確認しました。	

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）

右記事項を確認したら〇で囲んでください

※【第１号厚生年金被保険者とは】厚生年金被保険者のうち、主に民間の事業所に使用される方であり、旧共済組合の組合員（公務員）ではない方をいいます。

【人間ドック等受診予定者】

受診日時点の年齢

受診予定者氏名	花笠　一郎	区　分	被保険者 ・ 被扶養者
受診予定者生年月日	昭和・平成　42年　4　月　5　日	年　齢	59　歳
受診予定日	令和　8　年　5　月　8　日	性　別	男　・　女

受診機関を〇で囲むか、その他（）内に機関名を記入してください

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 ・ 荘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 受診される機関を〇で囲んでください
	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　㊞

【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。