

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 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。		

※【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 ・ 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】

令和 7 年 4 月 10 日

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

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	大谷 一郎	担当者所属部署	総務課
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。	

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)

※【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】

右記事項を確認したら
○で囲んでください

受診予定者氏名	鈴木 翔平	区分	被保険者 ・ 被扶養者
受診予定者生年月日	昭和 41年 4月 5日 平成	年齢	59 歳
受診予定日	令和 7年 7月 7日	性別	男 ・ 女
受診する 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		
契約機関	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		

受診機関を○で囲むか、
その他()内に機関名
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。