

★他のコースとの併用・重複利用はできません

ホームネットドックコースまたは受診券コースを利用された方、利用する予定の方は、ファミリー健診コースをご利用になれません。(二つ以上のコースを重複利用した場合、補助金を返戻していただきます。)

★労金健保へのご請求は1回にまとめて

健診を複数の健診医療機関に分けて実施してもOKです。(例:一般健診を内科で、婦人がん検査を別の婦人科病院で受ける、一部市町村検診を利用など。) ただし、労金健保へのご請求は1回にまとめてください。

★保険証を使わないこと

健診の受診に保険証を使用した場合、ファミリー健診補助金は支給しません。



★受診期間

2010年2月末日まで
※健診機関の都合で健診予約が3月になる場合は3月でも可。

★添付書類

以下2点を封筒に入れて添付

- ①領収書(原本)
- ②健診結果表(コピー可) 質問事項の回答も含む

★ご請求は事業所(被保険者勤務先)へ

下記の請求書兼委任状に必要事項記入
事業所に提出

※任意継続被保険者のご家族はこの請求書兼委任状用紙を使用せず、任継者用の補助金請求書を使って労金健保に提出。

★補助額上限

32,000円(税込み)

事業所提出用

ファミリー健診 補助金請求書兼委任状

____年 ____月 ____日

請求者が記入	保険証記号 _____ 保険証番号 _____ 被保険者名 _____ (印)
	受診被扶養者氏名 _____ 受診者住所(保健冊子等の送付先) _____ 〒 _____
	年齢 _____ 歳 続柄 (_____) TEL _____
事業所が記入	ファミリー健診費用として下記の金額を負担しましたので結果表と領収書を添えて補助金を請求します。 _____年 ____月 ____日実施分(複数の場合は最初の日) 費用合計額 _____ 円
	内 訳 ※領収書が複数あるとき記入 _____ 円 _____ 円 _____ 円 _____ 円
	また、下記の者を代理人と定め、上記ファミリー健診補助金の受領方を委任します。 受領代理事業所名 _____ 事業所受領代理人氏名 _____ (印)

健保組合使用欄 ※記入しないで下さい。	受付No.	請求書No.	備考
---------------------	-------	--------	----

決定	確 認	支 払 日	決 定 金 額
			円

事業所で受領代理人欄に記入しますので、この用紙はオレンジ封筒に入れしないでください。