

事業所に提出してください

※任意継続被保険者の被扶養者は、任意継続被保険者(本人)・被扶養者(家族)用の「すこやか健診補助金申請書」を使用して労金健保へ提出してください。

申請前に必ずお読みください。

補助対象者

健診受診日に労金健保の資格を有する被扶養者(家族)で、当年度内に20歳以上となる方。

★補助対象外

注) 対象外の補助金支給が判明した場合、後日返還請求をさせていただきます。

学生

※学生の健診は、学校保健安全法が優先される為

他の健診コース(ろうきんバイオ健診)との併用・重複利用

がん検診等のみの補助 保険診療での受診 パート先で受けた健診結果表を提出された方

★申請は1回にまとめて

健診を複数の健診機関に分けて実施した場合は、領収証をまとめて申請

★健診期間および申請期間

健診期間は、2021年2月末日まで

申請期間は、2021年3月上旬までに、事業所(被保険者勤務先)へ提出
(事業所から労金健保への申請受付は、2021年3月末日必着)

★提出書類

「すこやか健診 補助金申請書兼委任状」(本紙)

領収証(原本) 健診結果表(コピー可)

すこやか健診質問票(年度内40歳以上の方)


} 左記3点を封入

★個人情報について

本申請書及び添付書類に記載された個人情報は、労金健保で適切に管理し、保健事業の目的以外に使用いたしません。また、健診結果から特定保健指導の対象となった場合、業務代行機関「株保健支援センター」から特定保健指導のご案内をさせていただきますので、この機会にぜひご利用くださいますようお願いいたします。個人情報取り扱いに同意した上で書類一式をご提出ください。

すこやか健診 補助金申請書兼委任状

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

申請者が記入	被保険者証(保険証)	
	記号 <u>〇〇</u> 番号 <u>〇〇〇〇</u> (職員番号 <u>〇〇〇〇</u>) 被保険者氏名 <u>健保 太郎</u>	
	受診被扶養者氏名 <u>健保 愛子</u> 受診者住所 <u>〒000-0000 東京都〇〇区〇〇 100-500</u>	
年齢 <u>〇〇</u> 歳 続柄 (<u>妻</u>) TEL <u>03-0000-0000</u>		
学生ですか? (<u>いいえ</u> ・ はい)		
すこやか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証を添えて補助金を申請します。	内 訳 ※領収証が複数あるとき記入	
<u>〇〇〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日実施分(複数の場合は最後の日)	<u>〇〇,000</u> 円	
費用総額 <u>〇〇,000</u> 円 (注) 健保補助金額ではありません	<u>0,000</u> 円	
また、下記の者を代理人と定め、上記すこやか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

健保使用欄 ※記入しないでください。			受付No.	備考
検印	精査	担当	支 払 日	決 定 金 額
				円