

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 □パート先等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 _____年 月 日

申請者が記入	被保険者証(保険証) 記号_____番号_____ (職員番号_____) 被保険者氏名_____ 印 受診被扶養者氏名 _____ 受診者住所 _____ 〒 _____ 年齢_____歳 続柄(_____) TEL _____ 学生ですか? (いいえ ・ はい) _____	内 訳 ※領収証が複数あるとき記入 _____円 _____円 _____円
	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。 _____年_____月_____日実施分(複数の場合は最後の日) 費用総額 _____円 注) 健保補助金額ではありません 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。	
事業所が記入	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