

常務理事	事務長	担当者

ローソン健康保険組合 行

完歩証健康ポイント交換申請書

※添付書類として完歩証(原本)をご提出ください (ポイント換算後、完歩証は返却致します)

所属事業所名				部署名	
保険証記号		保険証番号	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者 <small>(該当する項目にチェックをつけてください)</small>		
氏名			自宅住所	〒	
<input type="checkbox"/> 5枚 → 1,000ポイント <input type="checkbox"/> 7枚 → 1,400ポイント <input type="checkbox"/> 10枚 → 2,000ポイント					
主催者名 ①	開催日	・	・	コース	Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
②		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
③		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
④		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑤		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑥		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑦		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑧		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑨		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____
⑩		・	・		Km
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(該当する枚数にチェックをつけ、詳細をご記入ください)

平成 年 月 日

ローソン健康保険組合

TEL:03-5435-1960