

常務理事	事務長	担当者

(契約機関用)

ローソン健康保険組合

人間ドック・婦人科検診 申込書 <本人>

1. 補助対象は、平成28年3月31日時点で35歳以上の方です。

10,000円の自己負担が必要となります。

2. 申込書が受診予定日の10日前までに健保組合へ届かないと補助承認できません。

※受診日当日、健診機関へ「利用券」の未提出の際は、全額受診者負担となり、後日還付はいたしません。

3. 健保組合の指定の項目を受診しない指定外の項目を受診の場合は補助金対象外となります（医師の指導がある場合を除く）

被保険者氏名	⑩	男女	保険証 記号-番号	-
住所	〒 TEL () <昼間連絡の取れる番号を記入ください>			
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)			
受診予定日	平成 年 月 日	補助対象 受診期間	補助承認日～平成28年1月31日	
受診施設名 (契約機関)				
婦人科検診選択 (女性のみに)	<input type="checkbox"/> 健保組合では、人間ドック受診時に婦人科検診も受診することをお奨めしております 婦人科検診を受診しない場合のみ <input type="checkbox"/> にレでチェックして下さい			
1. 健診機関からローソン健保組合に健診結果(法定外項目含む)を提供することに同意します。 2. 労働安全衛生法上、事業主から求められた場合、事業主に健診結果を提供することに同意します。			受診者氏名	⑩

申し込み頂いた個人情報については、健保組合で厳重に管理し、保健事業以外での使用は一切致しません。

【下記同意書に署名・捺印願います。】

- 株式会社ローソン
 株式会社ローソンHMVエンタテイメント
 株式会社ローソンマート
 ()

上記の事業主に下記事項を依頼します。

人間ドック費用本人負担分の給与控除 (同意書)

私は、平成27年度（平成27年4月1日～平成28年1月31日）に受診する人間ドック費用の本人負担分を、給与控除することに同意致しますので、事業主からローソン健康保険組合にお支払いください。

金額	内容
10,000円	平成27年度人間ドック受診費用本人負担分
記号 - 番号	氏名
	印