

(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 <配偶者>

常務理事	事務長	担当者

1. 補助対象は、平成28年3月31日時点で40歳以上の方です。

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、健診機関へ補助承認印のない「利用券」持参・「利用券」の未提出の際は、全額受診者負担となります

2. 下記利用券にも受診者の記号・番号・氏名・受診施設名をご記入ください。

3. 健保組合の補助を超える額、補助対象外の項目を受診した際の費用は、受診者負担となります。

4. 健診ガイドラインの人間ドック項目を未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	保険証 記号-番号	-
所属事業所名		所属 部署名	
受診者氏名		男女	被保険者 との続柄
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		
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。		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。