

常務理事	事務長	担当者

家族健診・特定健診受診申込書

(※受診該当健診を○で囲んで下さい)

所属事業所名		所属部署名	
被保険者氏名	(印)	保険証記号番号	
受診者氏名	男・女	被保険者との続柄	
住所	〒 TEL ()		
生年月日	年 月 日生 (歳)		
希望健診内容	家族健診(配偶者以外の40歳以上)・特定健診(40歳以上の被保険者および配偶者)		
受診予定日	年 月 日 ~ 年 月 日		
健診機関からローソン健康保険組合に 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 (印)	
※ 結果	1. 承認 2. 否認 3. 保留		
※ 理由			

※欄は健保組合で記入します。

<注意>

- この申込書を提出した後に、健保組合から送付される「契約健診機関名簿」の中から受診する健診機関を選択し、受診します。
- 家族健診か特定健診のどちらかを選択して下さい。
- 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。

受付年月日

決裁月日	承認書発月日	負担金入金	診断結果報告書