

常務理事	事務長		

リゾートトラスト健康保険組合 2020年度 禁煙プログラム 申込書

所属法人(出向社員の場合は出向元)		所属する部・室・課または施設・コーナー(出向社員の場合は出向先での所属部署)	
役 職 名			
健康保険被保険者証の	記号(2桁)	番号(社員番号。出向社員の場合は出向元での社員番号)	
(1) 私は『2020年度 禁煙希望者 募集』の記載事項を読み、内容を十分に理解した上で本プログラムに申し込みます。 (2) 私はリゾートトラスト健康保険組合と所属法人との間で、申込者情報について共有がなされることに同意します。 (3) 私は本プログラム申込にあたり、参加費用10,000円が給与より徴収されることに同意します。 (4) 私は本プログラムの4回の受診が履行できなかった際は、それまでに掛かった実費が徴収されることに同意します。 以上4点にご誓約いただける方は、以下に署名・押印をお願い致します。			
フリガナ			
氏 名			
電話連絡先 (メンバーズネット可)			
E-mailアドレス (会社PC可)			

↑ ハイフン(-)、アンダースコア(_)、ドット(.)、数字の0(ゼロ)か英字のO(オー)か等、分かりやすくご記入ください。

健康保険組合 受付欄