

ボウリング大会・教室参加申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 支部 あて

郵便番号 〒 _____

事業所所在地 _____

事業所名 _____

事業所電話番号 _____

協会会員番号
(6 ケ タ)

参加代表者氏名 _____

参加代表者の連絡先電話番号又は携帯番号 _____

団体戦(投球順に氏名をご記入ください)

投球順	(フリガナ) 氏 名	性 別	健康保険証記号・番号または 厚生年金保険事業所整理記号・被保険者番号	被保険者・被扶養者・小中高生 (○で囲んでください)
1		男・女		
2		男・女		
3		男・女		

個人戦

1		男・女		
2		男・女		
3		男・女		
4		男・女		
5		男・女		

教室

1		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
2		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
3		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)
4		男・女		被保険者・被扶養者・ 被扶養者(小学・中学・高校)

注意事項

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名と協会費の振替払込請求書兼受領証に記載されています6ケタの番号です。
- 健康保険証記号番号又は厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号欄は、事業所の記号番号(健康保険証 例:21140214-123)又は(厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号 例:21ABC-11)を記入してください。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。また、募集人員に達した後にお申込みをされた方にはご連絡いたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX番号 045-662-8441