

バスハイク参加申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 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

参加代表者の電話番号
または携帯番号 — —

緊急時の連絡先の電話番号
(当日の連絡先) — —

(ふりがな) 氏名	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	性別 (○で囲んでください)	年齢	健康保険証の記号・番号または 厚生年金保険事業所整理記号・被保険者番号
1	被保険者・被扶養者	男・女		
2	被保険者・被扶養者	男・女		
3	被保険者・被扶養者	男・女		
4	被保険者・被扶養者	男・女		

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。
- 必ず参加される方の氏名等をご記入ください。(氏名にはふりがなを記入してください。)
- 傷害保険に加入しますので年齢をご記入ください。
- 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または「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(健康保険証の記号例:21140214-12又は厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号例:21AB-11)等を記入してください。
- 詳細については、当協会ホームページをご覧ください。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。
- 募集人員に達した後にお申込みをされた方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 045-662-8441