

大磯ロングビーチ利用申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 へ

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)

連絡責任者氏名 _____

連絡責任者の電話番号
または携帯番号 _____

氏名	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	大人・中高生・シニア(65歳以上)・ 小学生・幼児(3歳以上未就学児童) (○で囲んでください)	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
1	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
2	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
3	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
4	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
5	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
6	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
7	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
8	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
9	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	
10	被保険者・被扶養者	大人・中高生・シニア・小学生・幼児	

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。
- 1事業所、被保険者と被扶養者あわせて10名までの申込みとなります。
- 必ず利用される方の氏名等をご記入ください。(お1人様1枚限りとなります。)
- 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、募集人員を超えたときは抽選となります。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX番号 045-662-8441