

潮干狩り参加申込書

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 _____

(フリガナ) 氏 名	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	大人・小人 (○で囲んでください)	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
1	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
2	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
3	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
4	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
5	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
6	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
7	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
8	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
9	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
10	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	

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。
- お申込みは、被保険者とその被扶養者をあわせて1事業所10名様までとさせていただきます。
- 該当欄に必要な事項を記入し○印をお願いいたします。
- 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または協会費の「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また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)または(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の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 045-662-8441