

こどもの国さわやかウォーキング参加申込書

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)

— —

	氏名	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	区分 (○で囲んでください)	健康保険証の記号・番号または厚生年金 保険事業所の整理記号・被保険者番号
1		被保険者・被扶養者	大人・高校生・中学生・小学生・幼児	
2		被保険者・被扶養者	大人・高校生・中学生・小学生・幼児	
3		被保険者・被扶養者	大人・高校生・中学生・小学生・幼児	
4		被保険者・被扶養者	大人・高校生・中学生・小学生・幼児	
5		被保険者・被扶養者	大人・高校生・中学生・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。
- 必ず参加される方の氏名等をご記入ください。
- 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。
- 健康保険証の記号・番号または厚生年金保険事業所の整理記号・被保険者番号欄は、（健康保険証の記号・番号例：21140214-10）または（厚生年金保険事業所の整理記号・被保険者番号例：21ABC-10）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