

# いちご狩り利用申込書

## 【4月1日～5月5日分】

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 あて

年 月 日

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・小人(3歳から小学生) (○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
	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
	被保険者・被扶養者	大人 ・ 小人	
	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1事業所被保険者とその被扶養者を併せて6名様までとさせていただきます。
- 該当欄に、必要事項をご記入し○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」または「振替払込請求書兼受領証」を送付している封筒に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。
- お申込みはFAXにてお願いいたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX 045-662-8441