

東京ディズニーリゾート・コーポレートプログラム利用券申込書

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) _____

連絡責任者氏名 _____

連絡責任者の電話番号
または携帯番号 _____

※「コーポレートプログラム利用券」とは入園料がお1人様1回限り補助金額1,000円の利用券です。

氏名	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	大人・中高生・ 小人(4歳~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
1	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
2	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
3	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
4	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
5	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
6	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
7	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
8	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
9	被保険者・被扶養者	大人・中高生・小人	
10	被保険者・被扶養者	大人・中高生・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事業所被保険者と被扶養者あわせて10名までとさせていただきます。
- 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下に記載されている6ケタの番号、または協会費の「払込受領証」に記載されているお問合せ番号11ケタのうち下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。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX番号 045-662-8441