

『鎌倉』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・番号又は厚生年金 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 (中学生以上) ・ 小学生 ・ 幼児 (未就学)	
2		被保険者・被扶養者	大人 (中学生以上) ・ 小学生 ・ 幼児 (未就学)	
3		被保険者・被扶養者	大人 (中学生以上) ・ 小学生 ・ 幼児 (未就学)	
4		被保険者・被扶養者	大人 (中学生以上) ・ 小学生 ・ 幼児 (未就学)	
5		被保険者・被扶養者	大人 (中学生以上) ・ 小学生 ・ 幼児 (未就学)	

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、事業所の記号番号（健康保険証 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。
- 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