

地引き網参加申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会（鶴見・港北・横浜中・横浜西・横浜南・川崎・高津）支部 あて

郵便番号 〒

令和6年10月5日（土）開催

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

※開催日当日に連絡がつく電話番号を記入してください。

※荒天（強風、大波、大雨）の場合は中止となりますのでご了承ください。

氏名	被保険者・被扶養者 （○で囲んでください）	大人・小人（小・中学生） （○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・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	

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5名までとさせていただきます。
- 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