

『鎌倉』ウォークラリー参加申込書

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)  
— —

	フリガナ 氏 名	性 別 (○で囲んでください)	被保険者・被扶養者 (○で囲んでください)	年齢 (歳)	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		男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者		
2		男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者		
3		男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者		
4		男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者		
5		男 ・ 女	被保険者 ・ 被扶養者		

- 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。(氏名には必ずフリガナを記入してください。)
  - 傷害保険に加入しますので年齢をご記入ください。
  - 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。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