

# 秋のハイキング申込書

申込締切日  
11/6 (火)  
郵送必着 (FAX 不可)

- 事業所名
- 所在地 〒
- 電話番号
- 申込責任者

健保受付印

平成 30 年 月 日

No.	保 険 証		氏 名	生 年	年 齢	性 別	区 分		組合記入欄 参加証 No.
	記 号	番 号					本 人	扶 養	
1				昭和・平成 年		男 ・ 女			
2				昭和・平成 年		男 ・ 女			
3				昭和・平成 年		男 ・ 女			
4				昭和・平成 年		男 ・ 女			
5				昭和・平成 年		男 ・ 女			
6				昭和・平成 年		男 ・ 女			

※満3才未満の小児が参加される場合は下記にご記入下さい。

1				平成 年		男 ・ 女			
2				平成 年		男 ・ 女			
3				平成 年		男 ・ 女			

1. 保険証の記号番号は必ず記入願います。
2. 被保険者でない事業主の方は、保険証記号欄に適用事業所記号を番号欄には『事業主』と記入願います。
3. 申込書が不足する場合は、この申込書をコピーのうえ、お使いください。
4. 太枠内は記入しないようお願いいたします。

※申込書に記載された個人情報は、当該ハイキング行事の実施以外の目的では、使用いたしません。

申込書送付先：〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合