

2019年度 1日1万歩運動申込書

- 事業所名
- 所在地 〒
- 電話番号
- 申込責任者

健保受付印

No.	保険証		氏名	生年	年齢 (2019.4.1 現在)	性別	区分	
	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		
7				昭和・平成 年		男・女		
8				昭和・平成 年		男・女		

1. 保険証の記号・番号は必ず記入願います。性別・区分には、○をつけてください。
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. 申込書が不足される場合は、同申込書をコピーのうえ、作成して下さい。

* 申込書に記載された個人情報につきましては、本事業の実施目的以外には使用いたしません。
 なお、賞品発送に伴い、業務委託機関に個人情報を提供いたします。

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 (TAAけんぽ)