

スマホウォーキング(ウォーキングポイント)参加申込書

参加資格は、被保険者と被扶養配偶者のみとなります。 申 込 日 令和 年 月 日

事業所記号			事業所名				
被保険者 番号			被保険者氏名				
参加者氏名	フリガナ			性別		生年月日 (西暦)	年 月 日
	氏名 (被保険者)						
	フリガナ			性別		生年月日 (西暦)	年 月 日
	氏名 (被扶養配偶者)						
住 所	〒		(日中連絡のつく連絡先)				

送付先住所が事業所の場合は、住所欄へ事業所名および部署名を併せて記入してください。

- 注1) 申込書はFAX・郵送またはメール(参加申込書を添付)にて受付いたします。
- 注2) 事業所記号・被保険者番号は、保険証の氏名の上に記載されている「記号・番号」を記入してください。
- 注3) 参加決定者には健保より初期登録に必要なID・パスワード等を送付いたします。
- 注4) ご夫婦で参加される場合は、ID・パスワードはそれぞれご案内いたします。
ポイントはご夫婦合算できませんので、ご了承ください。

【問合せ・申込み先】

〒104 - 0033
東京都中央区新川1 - 8 - 16
酒フーズ健康保険組合 庶務課
TEL: 03 - 3552 - 4001
FAX: 03 - 3553 - 0847
E - mail: syomu@sakefoods-kenpo.jp