

2019年 梨狩りハイキング参加申込書

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業所記号

送付先氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

送付先住所 〒 \_\_\_\_\_

参加希望者					
被保険者番号	被保険者氏名(本人) 被扶養者氏名(家族)	年齢(歳)	大人【中学生以上】	小人【小学生】	幼児【3歳以上】
			※ 該当箇所に○印をつけてください。		
合計(人)					

健保組合受付印

※上記各事項をご記入のうえ、郵送もしくはFAX(06-6271-7836)でお送りください。  
9/20(金)まで受付可能です。