

ウォークラリー参加申込書

① 代 表 者 欄	事業所名		被保険者等 記号・番号	—		
	氏名		続柄	被保険者 ・ 被扶養者	性別	男・女
	電話番号	() — ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。				

※①代表者は、必ず当組合の加入者（被保険者もしくは被扶養者）を記入してください。

② 参 加 者 欄	被保険者証 記号・番号	参加者氏名	続柄	区分
	-	(代表者記入欄)	被保険者 ・ 被扶養者	大人
	-		被保険者 ・ 被扶養者 ・ その他	大人 ・ 小・中学生 ・ 未就学児
	-		被保険者 ・ 被扶養者 ・ その他	大人 ・ 小・中学生 ・ 未就学児
	-		被保険者 ・ 被扶養者 ・ その他	大人 ・ 小・中学生 ・ 未就学児
	-		被保険者 ・ 被扶養者 ・ その他	大人 ・ 小・中学生 ・ 未就学児
	-		被保険者 ・ 被扶養者 ・ その他	大人 ・ 小・中学生 ・ 未就学児
	参加人数	計	名	内 訳
			被保険者 被扶養者 その他 (最大5名)	大人 小・中学生 未就学児
			名 名 名	名 名 名

【注 意 事 項】

- ★参加資格は、当組合の被保険者・被扶養者とその同居の家族です。
- ★この申込書は、1家族ごと1枚に記入してください。
 ※職場のお仲間（被保険者）と一緒に参加する場合は、被保険者1人につき1枚に記入してください。
- ★②参加者欄には、すべての参加者（①代表者を含む）を記入してください。
- ★当組合に加入されていない家族（被扶養者でない同居の家族）は、被保険者等記号・番号欄は“空白”とし、続柄欄は「その他」に“○”をつけてください。（最大5名まで申込み可能）
- ★参加人数欄には、合計人数から内訳まですべて記入してください。
- ★この個人情報は、参加者の集計等のために使用し、それ以外での使用はいたしません。

※注意事項をお読みになってから、太枠内すべてご記入の上、事業所経由もしくは愛知県農協健康保険組合に直接、郵送またはFAX（052-953-5244）でご提出ください。