令和元年８月　　日

健保連兵庫連合会　御中

ＦＡＸ：０７８－４１４－７６５０

ピンクリボンスマイルウォーク神戸 2019

～海街 5Kmコース B～

参 加 申 込 書

	健保組合名【　　】			年齢	参加費
参加人数 大人　　名 中学生以下　　名	被保険者名	フリガナ	男 女	歳	無料
	配　偶　者	フリガナ	男 女	歳	
	４０歳以上の扶養家族	フリガナ	男 女	歳	
	中学生以下の家族	フリガナ	男 女	歳	
		フリガナ	男 女	歳	

団体保険加入の関係で参加者全員のお名前を記入ください。生活習慣病対策事業のため補助対象は本人・配偶者と 40 歳以上の扶養家族です。なお、中学生以下（無料）の参加者も一緒に記入ください。年齢、フリガナお忘れなく。

～当日は参加申込者そろっての受付となります。当日欠席、申込みの無い方に参加記念品はお渡しできません。

保険証記号番号	―
所属会社（事業所）名	
連　絡　先	☎　　―　　―

○後日「参加証」を所属の健保組合を通じてお渡ししますので、必要事項を正確にご記入ください。集合場所、荒天の場合など、参加証に詳しく書いております。

個人情報の取り扱い

参加申込書に記載された個人情報は、参加者の決定、通知などをスムーズに行うために使用し、また、団体保険加入、参加費支払いのため、主催者の「（公財）日本対がん協会」に提供します。これらの件について同意いただける場合のみお申込みください。