

<第15回ウォーキングキャンペーン参加申込書・確認通知書>

平成24年4月1日（日）～6月30日（土）

申込受付期間・・・3月30日（金）午後5時まで（FAX03-3662-3126）

確認書通知日・・・申込受付順にFAXにて通知いたします。

事業所記号		事業所名称			
事業所所在地	〒				
TEL番号		FAX番号			
★健康管理委員		⑩	★事務担当者		⑩
目標歩数	1日平均10,000歩 <総歩数91万歩> 以上				
	被保険者証番号	参加氏名	性別	続柄	※受付番号
1			男・女	被保険者 被扶養者	
2			男・女	被保険者 被扶養者	
3			男・女	被保険者 被扶養者	
4			男・女	被保険者 被扶養者	
5			男・女	被保険者 被扶養者	
6			男・女	被保険者 被扶養者	
7			男・女	被保険者 被扶養者	
8			男・女	被保険者 被扶養者	
9			男・女	被保険者 被扶養者	
10			男・女	被保険者 被扶養者	

注意

- ①TEL/FAX番号はお間違えのないようにご記入ください。
- ②★印がある欄は該当する方の捺印を受けてください。
- ③被保険者・被扶養者のどちらかに必ず○をしてください。
- ④※受付番号は健保組合で記入いたしますので空欄でお願いします。

===== **確 認 通 知 書** =====

印

実施期間 平成24年4月1日（日）～6月30日（土）

実施期間終了後、「第15回ウォーキングキャンペーン記録表」に受付番号を忘れず記入し、事業所で取りまとめ、7月9日（月）までにFAXまたは郵送（必着）でご提出ください。