

「ウォーキングチャレンジ月間」参加申込書

申込み締切日：9月30日(木)

記録用紙が必要な方はチェック(✓)を入れてください。 →

1) 個人部門 個人部門のみ参加の方だけ記入して下さい。

所属事業所／部署 _____ TEL _____

健康保険証 (記号-番号)	氏名
—	

2) チーム部門 職場または家族どちらか一方をお選びください。

A 職場：同じ事業所内の被保険者3～5人で1チーム

B 家族：被保険者及び被扶養者2～5人で1チーム

代表者の所属 事業所／部署	TEL.		
チーム部門 (どちらかに○)	A ・ B		
チーム名			
	健康保険証 (記号-番号)	氏名	続柄
メンバー1(代表者)	—		本人・家族
メンバー2	—		本人・家族
メンバー3	—		本人・家族
メンバー4	—		本人・家族
メンバー5	—		本人・家族

※個人部門にも自動エントリーされます。(被保険者のみ)

申込書送付先 (茨城県農協健康保険組合)

郵送の場合：〒310-0022 茨城県水戸市梅香1-5-5

FAXの場合：029-226-7554