

被保険者用

コナミススポーツクラブ法人会員証作成依頼書

※太枠内をすべて消えないボールペンでご記入ください。

法人コード											
事業所名											
契約法人名	博報堂健康保険組合										
申込者続柄	被保険者										
法人身分証明書 No.	保険証記号番号	記号				—	番号				
フリガナ							性別	<input type="checkbox"/> 男性			
申込者氏名								<input type="checkbox"/> 女性			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和				年		月		日生 () 歳	
自宅住所	〒 —										
自宅電話番号	— —		緊急連絡先	— — (様)							
E-mail アドレス (希望者のみ)	※携帯アドレス不可-コナミススポーツからご案内等をお送りします。 @										
上表の申込者が当健保の所属者であり、また、申込記入内容に間違いがないことを確認しました。							担当者捺印	確認印			
〒102-0093 東京都千代田区平河町1丁目4番地5 平和第1ビル7F 博報堂健康保険組合											
※確認印が無いものは無効。有効期限は発行日または確認印の日付より1ヶ月です。											

※上記の個人情報は、「会員証の作成」や「利用結果の分析」、「緊急時の連絡先」として利用させていただきます。

----- 切り取り線 -----

被扶養配偶者用

コナミススポーツクラブ法人会員証作成依頼書

※太枠内をすべてご記入ください。

法人コード											
事業所名											
契約法人名	博報堂健康保険組合										
申込者続柄	被扶養配偶者					被保険者名		※必ず記入してください。			
法人身分証明書 No.	保険証記号番号	記号				—	番号				
フリガナ							性別	<input type="checkbox"/> 男性			
申込者氏名								<input type="checkbox"/> 女性			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和				年		月		日生 () 歳	
自宅住所	〒 —										
自宅電話番号	— —		緊急連絡先	— — (様)							
E-mail アドレス (希望者のみ)	※携帯アドレス不可-コナミススポーツからご案内等をお送りします。 @										
上表の申込者が当健保の所属者の家族であり、また、申込記入内容に間違いがないことを確認しました。							担当者捺印	確認印			
〒102-0093 東京都千代田区平河町1丁目4番地5 平和第1ビル7F 博報堂健康保険組合											
※確認印が無いものは無効。有効期限は発行日または確認印の日付より1ヶ月です。											

※上記の個人情報は、「会員証の作成」や「利用結果の分析」、「緊急時の連絡先」として利用させていただきます。