

『 U S J ウォーキング 』 参加申込書

申込資格：当健康保険組合の加入者であること。被保険者ご本人、もしくは被扶養者に限ります。

下記枠内を全てご記入下さい

フリガナ			
氏 名	※グループの申込代表者となります		
事業所名			
住 所	〒 -		
※ 当選結果等送付先		お勤め先をご記入頂く際は、必ず会社名を住所の最後にご記入下さい	
TEL		携 帯	

★ 参加申込希望者を代表者を含めて以下の欄にご記入ください。申込1件につき4名以内とします。

但し、被扶養者数が多い場合に限り(同一記号番号)、5名以上での申込み可。

★参加当日に3歳以下の方の申込みは不要です。記入されていた場合はこちらで削除させていただきます。

健康保険の		氏 名	本人・家族	区 分 (子供:4歳～小学生・シニア:65歳以上)	参加当日の 年 齢
記 号	番 号				
		フリガナ (申込代表者)	本 ・ 家	大人 ・ 子供 ・ シニア	
				幼児(参加当日に3歳以下)は申込不要です。	
		フリガナ	本 ・ 家	大人 ・ 子供 ・ シニア	
				幼児(参加当日に3歳以下)は申込不要です。	
		フリガナ	本 ・ 家	大人 ・ 子供 ・ シニア	
				幼児(参加当日に3歳以下)は申込不要です。	
		フリガナ	本 ・ 家	大人 ・ 子供 ・ シニア	
				幼児(参加当日に3歳以下)は申込不要です。	

☆ 受付の確認としてリファックスをご希望の方は、FAX番号をご記入下さい。

FAX : () ※ 但し、当選の証ではございません。

申込締切期日： 令和8年9月16日(水) 17時【当組合必着】

〔 注 意 事 項 〕

- 1, 申込方法は郵送かFAXとなります。但し、いずれの場合も上記期日の当組合業務時間内(17時まで)必着と致します。
- 2, 申込多数の場合は抽選とさせていただきます。
- 3, 申込後の人数変更はできません。また、重複申込は無効となります。
- 4, 参加費用は年齢にかかわらず**一人当たり一律2,000円**です。
- 5, 当選通知が届きましたら、上記の申込者全員分をまとめて、**代表者様名義**でお振込みをお願い致します。
10月下旬頃に、スタジオパス(団体券)のダイレクト・イン(電子チケット)用紙を健保から郵送いたします。

★ キャンセルされた場合でも、**参加費用は返金できません**のでご注意ください。

- 6, その他ご質問等ございましたら事前に総務課(TEL:06-6125-1200)までご連絡下さい。

※ 当該申込書にご記入いただいた個人情報、保健事業開催運営及び加入者住所管理の目的にのみ使用します。

また、ご本人の承諾のない限り、上記目的以外に使用したり第三者に提供することはありません。

大 阪 府 石 油 健 康 保 険 組 合
〒541-0053大阪市中央区本町2-1-6
FAX : 06-6125-1204