

## 第 8 回 からだ年齢チェック参加申込書

▼ 全ての項目をご記入ください

保険証の記号・番号	参加希望者氏名	種 別 (☑してください)	続 柄	身 長	年 齢 (10月15日時点)	区 分 (☑してください)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)
-	ふりがな	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 加入者以外		cm	歳	<input type="checkbox"/> 大人 (中学生以上) <input type="checkbox"/> 小人 (4歳 ~ 小学生) <input type="checkbox"/> 幼児 (3歳以下)

▼ 参加申込代表者の情報をご記入ください

事業所名	参加申込代表者氏名	緊急時の連絡先電話番号 (必ずご記入ください)
		-