

「施設利用会員証」交付申込書

一般財団法人秋田県社会保険協会長 様

下記のとおり、「施設利用会員証」の交付を申し込みます。

(申込日) 平成 年 月 日

事業所名称	
事業所所在地	〒 —
電話番号	() —
担当者氏名	
事業所整理番号	
申込希望枚数	枚

82円切手を貼り、送付先を記載した返信用の封筒を同封のうえ、郵送でお申し込みください。(電話・FAXでは受付できません)

- 注1 「施設利用会員証」には、あらかじめ事業所名をご記入ください。(個人名は不要です)
- 注2 被保険者(従業員)様とご家族様にご利用いただけます。
- 注3 1人1枚ではなく、事業所様で管理のうえ、ご利用される方で使い回してください。
- 注4 1事業所10枚までを目途としますが、事情により必要なときはこの限りではありません。
- 注5 「施設利用会員証」裏面に記載された「利用について」に従ってご利用ください。

ご郵送先 〒010-0001
秋田市中通6-7-9
一般財団法人秋田県社会保険協会 あて