

【ご注意】 FAXは、原稿の表・裏を確認してご送付ください。

健康サポート事業「Dケア30」参加申込書

申し込み期限 令和5年6月16日(金)必着

※申込書は一人につき1枚使用してください。

※ご記入漏れのないようお願いいたします。

※参加申込書の個人情報につきましては、参加者へのご連絡、ケアセットのお届け、問診と結果報告の分析等、当事業のみ利用させていただきます。また、個人情報保護方針に基づき、個人情報を取り扱います。

フリガナ		生年月日（西暦8桁） (例)1990年12月1日⇒19901201 ※数字1桁は頭に0を付けてください		
氏名	※常用漢字でお願いします（外字不可）	年(4桁)	月(2桁)	日(2桁)
		8桁（確認用自動）		
健康保険証 (記号・番号のみ記入) ※枝番はいりません	記号	番号		
性別（該当に☑）	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
被保険者・被扶養者 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）			
連絡先電話番号	電話番号の区切りはハイフンを記入（記入例）092-123-4567			

- 参加者決定の連絡は、問診WEBのQRコード、ホームページURLの通知をもってかえさせていただきます。
- ケアセットの送付先は、参加者ご本人が問診WEBの住所欄へ入力していただきます。