

東京ディズニーリゾート・ コーポレートプログラム利用券 申込書

〈 利用期間:令和3年7月1日(木) ~ 令和4年2月28日(月) 〉

事業所名		印			
		事業所整理記号・番号 - ・ (例) 01-アイ・12345			
事業所所在地		〒 -			
		電話番号: ()			
担当者氏名					
希望枚数		1枚・2枚・3枚・4枚 (いずれかに○を付してください)			
利用者 情報		1枚目	2枚目	3枚目	4枚目
	氏名				
	健康保険証 被保険者番号				
	区分 (どちらかに○)	被保険者 / 被扶養者	被保険者 / 被扶養者	被保険者 / 被扶養者	被保険者 / 被扶養者
	利用予定月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月

申込書にご記入いただいた利用者情報(利用者氏名・被保険者番号・区分)は当協会にて管理させていただきます。

- ※ 郵便でお申し込みください。
- ※ 返信用封筒(84円切手の貼付、宛名記入)がない場合は、無効とさせていただきます
- ※ 利用予定月を記入してください。
- ※ 事業所印の押印が無い場合は受付ができません。

一般財団法人福井県社会保険協会

〒910-0831

福井市若栄町508番地 福井県鉄工会館2階

☎ 0776-53-8016

福井県社会保険協会

検索

