

# 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2年8月1日(土) ~ 令和3年2月28日(日)〉

事業所名		(印)			
		事業所整理記号・番号 ー ・ (例) 01-アウ・12345			
事業所所在地		〒 ー			
		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。(7月6日の消印から有効となります)

※ 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。

※ 申込書に事業所印のない場合は受付できません。

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 fax 0776-53-8112

福井県社会保険協会

検索