

【東京電力健康保険組合専用】

会員入会申込書(新規・継続・再加入)

下記のとおり、会員への入会を申し込みます。 ※ 太線枠内をご記入ください。

入会申込日	年 月 日	会員番号			
会員区分	チケット会員1年間	プール/バーデ会員	トレーニング会員	フリー会員	
	個人(15,000円)50枚 健保補助額: 7,500円 利用者負担額: 7,500円	1年間(40,000円) 健保補助額: 20,000円 利用者負担額: 20,000円	1年間(25,000円) 健保補助額: 12,500円 利用者負担額: 12,500円	1年間(50,000円) 健保補助額: 25,000円 利用者負担額: 25,500円	
	家族(30,000円)100枚 健保補助額: 15,000円 利用者負担額: 15,000円	4ヶ月間(15,000円) 健保補助額: 7,500円 利用者負担額: 7,500円	4ヶ月間(10,000円) 健保補助額: 5,000円 利用者負担額: 5,000円	4ヶ月間(20,000円) 健保補助額: 10,000円 利用者負担額: 10,000円	
	障がい者(7,500円)50枚 健保補助額: 3,750円 利用者負担額: 3,750円	子ども1年間(5,500円) 健保補助額: 2,750円 利用者負担額: 2,750円	クイック1年間(11,000円) 健保補助額: 5,500円 利用者負担額: 5,500円	中高生1年間(11,000円) 健保補助額: 5,500円 利用者負担額: 5,500円	
ご住所	(〒 -) [集落名]				
お電話番号	()				
追番	フリガナ	性別	生 年 月 日		続柄 保険証記号・番号
	お 名 前				
1		男女	明 昭	大 平	年 月 日
2		男女	明 昭	大 平	年 月 日
3		男女	明 昭	大 平	年 月 日
4		男女	明 昭	大 平	年 月 日
5		男女	明 昭	大 平	年 月 日
6		男女	明 昭	大 平	年 月 日
7		男女	明 昭	大 平	年 月 日
※ 個人会員のお申込みが子供・中学生・高校生の場合は、保護者の承諾が必要となります。 承諾保護者お名前 _____ (印)					
支払い回数(いずれかに○をして下さい。) 現金 1回 2回(1年会員)					
備考			入力印	受付印	担当印



〒949-8202
 新潟県中魚沼郡津南町大字芦ヶ崎乙203
 TEL (025)765-3711