



おなまえ	年齢
	さい

◆特典ご進呈時の連絡のため下記をご記入ください。ご記入いただいた個人情報は当目的以外には使用しません。

保護者（被保険者）の方

被保険者証等 （資格確認証・資格情報のお知らせ）		お名前
記号	番号	住所（〒      —      ）

※無記入の場合は進呈対象外となりますのでご注意ください。お問合せ先：西武健康保険組合 総務課 [kenpo-somu@seibu-group.co.jp](mailto:kenpo-somu@seibu-group.co.jp)

※用紙は折らずにお送りください。