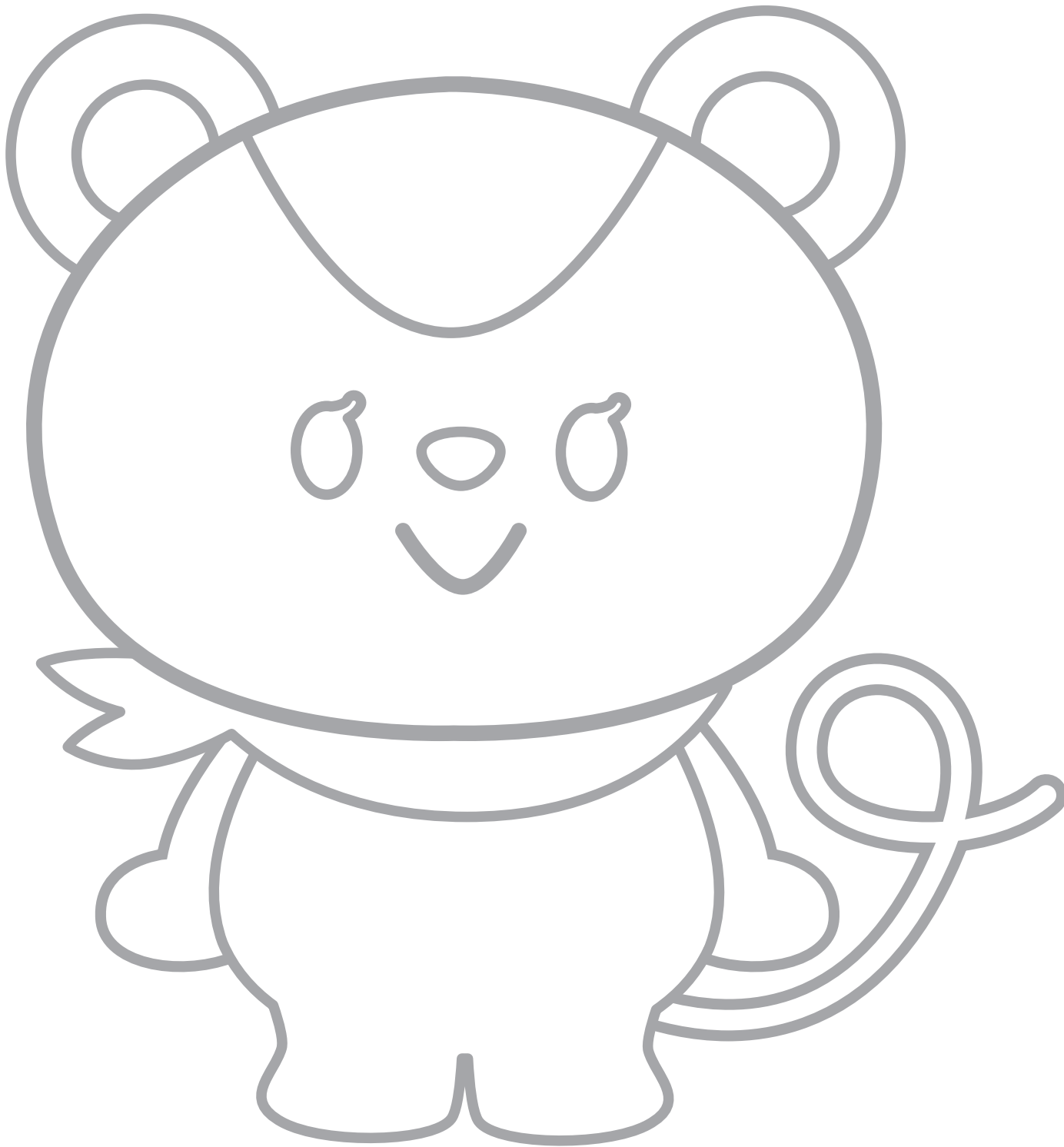




おなまえ	年齢
さい	

◆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 健康サポート担当 kep_kenpo-healthsupport@seibugroup.jp
※用紙は折らずにお送りください。