

年 月 日

山形市健康ポイント事業 SUKSK (スクスク)
歩数計参加申込書

本事業でご提供いただいた個人情報は、全て山形市及び株式会社 NTT ドコモに帰属し、本事業の提供・運用・管理のために利用します。

※個人情報の利用目的など詳細については、山形市健康ポイント事業 SUKSK (スクスク) 利用規約を確認してください。

★ が付いている項目は、必ずご記入ください。

★ (フリガナ) 氏 名	セイ	メイ	
	姓	名	
★ 性 別	男 ・ 女	★ 生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
★ ご住 所	〒 ー ー 番地、建物名 (アパート・マンション名) までご記入ください。 抽選で当選した場合の記念品のお届け先になります。		
★ 電話番号	ー ー		
私は、山形市健康ポイント事業 SUKSK (スクスク) 利用規約に同意します。 ★ (記入日) 年 月 日 ★ (自署又は記名押印)			
メールアドレス (任 意)	@ メールアドレスを記入された方には、本事業に関するご案内をお送りします。		
身長 (任 意)	. cm	体重 (任 意)	. kg
★ ニックネーム			

ニックネームに記号は使用できません。個人が特定されにくいニックネームの使用をおすすめします。フルネームのご使用はご遠慮ください。公序良俗に反する表記等、事務局が不適切と判断した場合は 使用をお断りする場合がありますのでご了承ください。

※郵送でお申込みの場合、下記資格確認欄に記載のいずれかの書類のコピーを同封してください。

郵送先住所や注意事項を記載しておりますので裏面もご確認ください。

※歩数計はご自宅へ配送となります。送料 650 円 (税込み) は着払いで申込者様負担となりますのでご了承ください。

《 裏面に続く 》

受付使用欄	資格確認欄	事務局使用欄 1	事務局使用欄 2	事務局使用欄 3
	<input type="checkbox"/> 運転免許証、運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (おもて面)			

●郵送いただくもの

1. 記入済みの申込書
2. 資格確認書類のコピー

●郵送先住所

〒192-0399 八王子南郵便局 私書箱54号
健康マイレージサポートデスク 山形市係

●資格確認書類のコピーに関する注意事項

- ・ 資格確認書類は、必ず「氏名・住所・生年月日」が確認できるように書類全体をコピーしてください。
- ・ 申込書に記入した氏名・住所・生年月日と一致している資格確認書類のコピーをお送りください。
- ・ 資格確認書類の裏面に住所の記載がある場合は、裏面もコピーしてお送りください。
- ・ 資格確認書類が期限切れしていないかご確認ください。
- ・ 住民票の写しの場合は、発行から6か月以内のものをお送りください。
- ・ マイナンバーカードのコピーを郵送いただく場合、必ずおもて面（顔写真が記載されている面）のみを送付してください。
- ・ 国民健康保険証のコピーを郵送頂く場合、被保険者記号・番号の部分が見えないよう、マスキング(黒く塗り潰し)してください。※下図参照

