

埼玉県コバトン健康マイレージ 参加申込書

本事業でご提供いただいた個人情報は、すべて埼玉県および利用者が所属する参加自治体、参加団体に帰属し、埼玉県の監督のもと、事務局業務を委託した事業者が管理し、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、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。

★ 所属	1.在住者 2.在勤者 <small>※事業者および加入している健康保険の所属でお申込みの場合(事業者コード・健康保険コードをお持ちの場合)は、以下URLより申込書をダウンロードください。 https://kobaton-mileage.jp/</small>	
★ 参加者 保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
★ 参加者 被保険者記号・番号	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>
★ (フリガナ) 参加者 お名前	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
★ 参加者 性別	1.男 2.女	★ 参加者 生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日生まれ
★ 参加者ご住所	〒 _____ 埼玉県 建物名(アパート・マンション名) ※番地、建物名、部屋番号等を正確にご記入ください。 [会社名 _____ 部署名 _____]	
★ 参加者 連絡可能 電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
参加者 メールアドレス (任意)	_____ @ _____ <small>※ご記入いただいた方には、本サービスに関するメールマガジンを送ります。</small>	
希望する 歩数計の色 (任意)	1.赤 2.黒 <small>※郵送による申込みの場合はムーヴバンド2、コバトン健康アプリ*は申込みません。 ※歩数計の色は事前に注文生産するため、ご希望に添えないこともあります。 また、色の選択がない場合は事務局でお選びいたします。</small>	
★ ニックネーム (ランキングなどでの表示名)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
参加者身長 (任意)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	参加者体重 (任意) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
寄付希望 (任意)	1.有 <small>※本事業は、歩数などによってポイントが貯まり、ポイントに応じて抽選が行われます。 この抽選に当選した場合、賞品を受け取る代わりに賞品相当分の金額を、埼玉県を通じて国内外のボランティア団体等に寄付することができます。</small>	

在住者…お住まいの住所で申込まれる方
在勤者…お勤め先の住所で申込まれる方

左づめで記入してください。
お手元の健康保険証の番号を記入してください。
後期高齢者医療の方は記号の記入は不要です。

在勤者の方は会社名、部署名を必ず記入してください。

左づめで記入してください。
※個人が特定されることのないニックネームの使用をおすすめします。
※公序良俗に反する表記等、埼玉県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。
※全角漢字・ひらがな・カタカナ・英数でご記入ください。

歩幅、消費カロリーを正確に測定するために、差し支えなければご記入ください。

寄付を行った場合はその内容をお手紙でお知らせします。

私は、「埼玉県コバトン健康マイレージ利用規約」および「WM(わたしムーヴ)利用規約」に同意し参加を申し込みます。
★ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (自署または記名押印)★

「埼玉県コバトン健康マイレージ」はドコモ・ヘルスケア(株)が提供するサービス「WM(わたしムーヴ)」の一部機能を利用します。

市町村窓口使用欄	事務局使用欄1	事務局使用欄2	事務局使用欄3