

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	<input type="radio"/> 1.在住者 <input type="radio"/> 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>	
★ (フリガナ) 参加者お名前	姓		名	
★ 参加者性別	<input type="radio"/> 1.男 <input type="radio"/> 2.女	★ 参加者生年月日	<input type="radio"/> 1.明治 <input type="radio"/> 2.大正 <input type="radio"/> 3.昭和 <input type="radio"/> 4.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 生まれ	
★ 参加者ご住所	〒 _____ - _____			
<small>※在勤者の方は勤務先ご住所を記入してください。</small> <small>歩数計・当選賞品のお届け先となります。</small>	埼玉県 <small>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。</small> [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)	_____ @ _____			
希望する歩数計の色 (任意)	<input type="radio"/> 1.赤 <input type="radio"/> 2.黒	<small>※郵送による申込みの場合はコバトン健康アプリ*は申込みできません。 ※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"/> <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)	<input type="radio"/> 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、埼玉県を通じて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

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。

ご記入いただくと歩幅、消費カロリーを正確に測定できます。

寄付を行った場合はその内容をWEBサイトなどでお知らせします。

*「コバトン健康アプリ」はスマートフォンを活用した歩数計「埼玉県コバトン健康マイレージアプリ」の略称です。

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(株)NTTドコモ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。

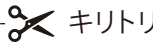
市町村窓口使用欄	事務局使用欄1	事務局使用欄2	事務局使用欄3

本人確認書類コピー貼付台紙

本人確認書類のコピーを貼り付けてください

電話番号

※申込フォーム、または申込書に記載した電話番号を記入してください。



注意事項

※本人確認書類は必ず氏名、生年月日が確認できる部分を含め、本人確認書類全体をコピーしてください。

※本人確認書類のコピーは、申込フォーム、または申込書に記載した内容のものをお送りください。

【健康保険証】

国民健康保険 被保険者証	有効期限 平成〇〇年〇〇月〇〇日 交付年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
氏名 埼玉 太郎	①
生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	②
資格所得日 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
世帯氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇	
住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者番号 〇〇〇〇市 (〇〇〇〇区役所)	③

【運転免許証】

氏名 日本 花子	平成〇〇年〇〇月〇〇日生
住所 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番地	
交付 平成〇〇年〇〇月〇〇日生 12345	
平成〇〇年〇〇月〇〇日まで有効	運転免許証
種別 優良	第 123456789000 号
二小種 平成〇〇年〇〇月〇〇日	原付
種別 平成〇〇年〇〇月〇〇日	原付
二小種 平成〇〇年〇〇月〇〇日	原付

※保険証の①~③はマスキングしてください。 ※運転免許証は両面をコピーをしてください。

宛名ラベル

切り取ってご使用ください。

〒 330-9091

さいたま新都心郵便局
私書箱159号

埼玉県コバトン健康マイレージ
事務局 宛