

年度 SON・熊本 保険加入申込書 (新規・継続)

スペシャルオリンピックス日本・熊本の活動に参加するため保険に加入します。

記入日 20 年 月 日

住所	〒					ブランチ	
変更なければ 記載不要	携帯メールアドレス				パソコンメールアドレス		
	携帯電話番号				自宅電話番号FAX番号	TEL: () -	
						FAX: () -	
(ふりがな) 氏 名	生年月日	年齢	性別に○	区分を○で囲む	保険料の種類 (年間保険金額)	どちら かに○	・障害者手帳の有無に○(必須) ・有る人のみ等級を○囲み(任意)
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)	手帳の有無	有 無 A1 A2 B1 B2
					サポーター保険 (300円)	療育手帳	1級 2級 3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)	手帳の有無	有 無 A1 A2 B1 B2
					サポーター保険 (300円)	療育手帳	1級 2級 3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)	手帳の有無	有 無 A1 A2 B1 B2
					サポーター保険 (300円)	療育手帳	1級 2級 3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)	手帳の有無	有 無 A1 A2 B1 B2
					サポーター保険 (300円)	療育手帳	1級 2級 3級
合計金額					円		

※ 保険に加入されない方はスポーツプログラムの参加・大会や競技会への出場が出来ません。

※ パートナーは事前にパートナー登録が必要です。またアスリートと同額の参加費および同じ回数の出席が必要です。

(パートナーとはユニファイドプログラム(競技)でアスリートと組んで活動する方をいい、年齢やレベルに制限があります。)

経理	登録