

800001464

入会日 年 月 日

※↑TIPNESS記入欄

東京都情報サービス産業健康保険組合

登録区分
「パーソナルプログラム」

※下記、太枠内をすべてご記入ください

登 録 希望者 使用欄	フリガナ		性 別	生年月日
	お 名 前		男性・女性	西暦 年 月 日
	ご自宅住所	住所 〒 —	電話番号	— —
	緊急時連絡先	電話番号 — — 自宅 ・ その他()		
	被保険者番号	記号 番号	ティップネスの会員の方は以下に✓をお願いします	
		—	☐ ご本人(被保険者) ☐ ご家族(被扶養者)	
ティップネス会員 NO.	(※既にティップネス会員証をお持ちの方、必ずご記入ください) No.			

※TIPNESS記入欄

会員番号	
------	--

本部チェック	本部INPUT	店舗チェック	店舗INPUT

【入会手続きのご案内と持ち物】

- *「健康保険証」をティップネスへご持参ください(コピー不可)
- *本クラブが実施するメディカルチェック等の結果により、登録をお断りする場合がございます。
- *ご利用対象者は被保険者及び16歳以上の被扶養者に限ります。
- *未成年者は本人とその親権者が連署の上、お手続き頂きます。
 - ・親権者は会則に基づく責任を本人と連帯して負うものとします。
 - 18歳未満(高校生以下)の方は、同居する親権者の同伴でのお申込みとなります。
 - 18歳以上20歳未満の方は、お申込みの際に親権者の同意が必要です
 - 16歳未満の方のご登録はできません

ティップネスにおける個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた本申込書、会則重要事項、ティップネス入会申込書兼会費決済申込書の内容は登録手続き、諸連絡ほか、個人を特定しない形の統計情報として利用させていただきます。
また、所属法人の求めに応じ、所属法人への請求、利用動向報告の通知の目的に使用します。