

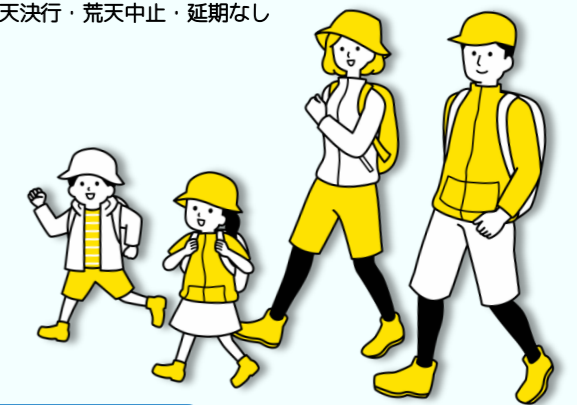
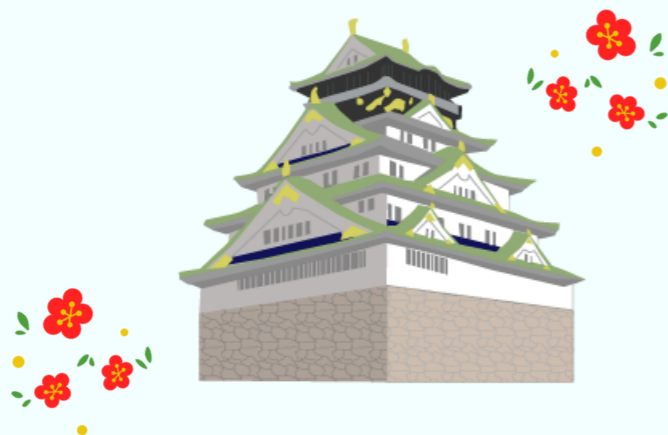
# 第4回 ウォーキングイベント in 大阪城公園

クイズラリーで  
豪華景品GETの  
チャンス!!  
参加無料

令和5年

3月11日(土)

※雨天決行・荒天中止・延期なし



## 参加者にうれしいお楽しみ!

- 1 参加賞をプレゼント!
- 2 参加者に🏆K-POINT 500ポイントをプレゼント!
- 3 チェックポイントのクイズに正解すると豪華景品の抽選権利をGET!

高確率な抽選!?

K-POINTを  
貯めるチャンス!

天守閣に  
入れる?!



ただ歩くだけではもったいない!  
インストラクターによる【ウォーキングセミナー】も実施!

- 正しい姿勢、歩幅、スピードで歩くコツなど消費量をも高める『効果的な歩き方』を習得
- 歩くためのストレッチを行うことで、怪我をしない歩き方を実践
- 通勤や日常生活での『歩き』をエクササイズに変えることでダイエットにも効果的に!

主旨

【大阪のシンボル・大阪城】その公園内にて健康づくりのためのウォーキングイベントです。インストラクターによるウォーキングセミナーで効果的なウォーキングをレクチャーします。また、公園内にチェックポイントを設けたクイズラリー形式ですので、大阪城の歴史に触れながらウォーキングを楽しめます。

参加資格

被保険者 および 家族 ※中学生以下の方は保護者の同伴が必要です。

募集定員

先着 200名 ※定員になり次第申込みを終了いたします。

開催日

令和 5年 3月 11日 (土)

場所

大阪城公園内 (集合/教育塔前広場)  
大阪メトロ谷町線 『谷町四丁目駅』1-B番出口 徒歩7分

スケジュール

- ① 受付/集合時間
  - ① 8:30 ~
  - ② 9:15 ~
  - ③ 10:00 ~
- ② ウォーキングセミナー
  - ① 9:00 ~
  - ② 9:45 ~
  - ③ 10:30 ~
- ③ 公園内を各自クイズラリー
  - ~12:30

※感染症対策のため、受付/集合時間は回数に分けて実施いたします。  
※受付/集合時間は申込時点の先着順とさせていただきます。  
※ウォーキングセミナーの所要時間は各回約30分です。

参加費

無料

早くて、便利なK-POINT  
サイトからのお申込みが  
おススメ!



申込締切

令和 5年 1月 27日 (金)

申込方法

《申込方法①》当健康保険組合ホームページ内、K-POINTサイトからの申込み  
※K-POINTサイトからの申込みには会員登録が必要です。

《申込方法②》右の【参加申込書】を切り取り、健保組合まで直接郵送での申込み (コピー可)

※家族またはグループでお申込みの方は、代表者の方のご自宅に当日についてのご案内をお送りいたします。  
※お送りしたご案内を当日、必ずお持ちください。

免責範囲

参加者は十分に体調を整えてご参加ください。心臓病等、持病のある方は主治医にご相談の上、ご参加ください。万一、事故が発生した場合、主催者が加入している損害保険の範囲内での対応となります。

個人情報

参加申込についての個人情報は、ウォーキングイベント以外の目的では使用いたしません。  
イベント中の写真撮影などが、当組合の機関紙等に掲載する場合がありますのであらかじめご了承ください。

注意事項

※参加が確定した方には、健康保険組合から当日のご案内をご自宅へお送りいたします。この発送をもって、参加確定のお知らせとさせていただきます。なお、イベント当日にはご案内が必要となりますので、大切に保管ください。  
※健康保険証、スニーカー、雨具、帽子、水筒など各自でご持参ください。  
(当日荷物の預かりはいたしませんのでご了承ください)  
※車での来場はご遠慮ください。  
※ペット同伴での参加はご遠慮ください。



お問合せ

大阪府信用金庫健康保険組合 保健施設係 TEL 06-6942-7070

《申込方法①》  
【K-POINTサイト】からの申込み

- ①右のQRコードを読み取り、K-POINTサイトへログイン  
※ご利用にはK-POINTサイトへの会員登録が必要です。(登録所要時間約3分)
- ②【イベント一覧を見る】を選択し、必要事項を入力
- ③予約完了後は『受付メール』が届き、申込み完了  
※代表者1名につき10名まで予約ができます。

参加者全員にK-POINT 500ポイント  
プレゼントも!今のうちのご登録を♪



《申込方法②》  
【参加申込書】での申込み ※コピー可

※イベントの2週間前までに『当日のご案内』を参加代表者のご自宅へ郵送いたします。  
必要事項を必ずご記入のうえ、下記まで郵送ください。

【送付先】 〒540-0029 大阪市中央区本町橋1-31  
大阪府信用金庫健康保険組合 保健施設係 まで

申込み日	年	月	日
------	---	---	---

参加代表者/ 参加者①	健康保険証		事業所	
	記号	番号		
	氏名	フリガナ	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 ( 歳)
	住所	フリガナ 〒 —		
連絡先	—	緊急時の連絡先	—	※ご本人以外の連絡の取れる電話番号

参加者②	氏名	フリガナ	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 ( 歳)
		代表者との続柄 ( )		

参加者③	氏名	フリガナ	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 ( 歳)
		代表者との続柄 ( )		

参加者④	氏名	フリガナ	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 ( 歳)
		代表者との続柄 ( )		