

関東百貨店健康保険組合契約保養施設利用申込書

セメント商工健康保険組合

(FAX送信日 令和 年 月 日) 03-3834-7493

施設名	とよさか きぬがわ ご希望の施設に○をしてください。					被保険者証記号	
						事業所住所	
利用希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日			事業所名称	
	月 日	月 日	月 日			事業所	
	より 泊	より 泊	より 泊			電話 FAX	
	(2泊まで)					当日の連絡先	
希望の部屋に○印		希望なし	和室	和洋室	洋室	フリガナ	
利用承認書送付先 (いずれかに○印)		〒					
利用代表者		自宅 事業所					

被保険者証番号	フリガナ 利用者氏名	性別	年齢	生年月日 (西暦)	利用者区分	幼児食事の 有・無	備考		
		男・女			被・扶・外	有・無			
		男・女			被・扶・外	有・無			
		男・女			被・扶・外	有・無			
		男・女			被・扶・外	有・無			
		男・女			被・扶・外	有・無			
利用者 合計	被保険者		被扶養者		その他		合計	食事が必要と しない幼児 食事が必要と する幼児	名 名
	大人 名	大人 名	小人 名	大人 名	小人 名	大人 名	小人 名		

「被●被保険者／扶●被扶養者／外●その他の者」

【ご注意】

- 利用者氏名は省略せず全員分を記入し、利用者区分・性別欄は必ず○で囲んでください。
- 予約は利用日の2カ月前の1日から10日前の受付。申込書に記入のうえ、関東百貨店健康保険組合へ直接FAXにてお申込みください。
〔受付時間＝午前9時30分～午後5時〕 FAX 03 (3834) 7493
- 可＝後日、利用承認書を利用代表者に送付します。／ 不可＝その旨連絡します。
- 中学生以上＝大人 小学生＝小人 小学生未満＝幼児 となります。
幼児のお子様をご利用の場合、幼児食の有無を○で囲んでください。
食事を必要としない幼児は、無料でご利用いただけます。
- FAX送信後5日以内に連絡がない場合、申込み手続きに関するお問い合わせ等は、セメント商工健康保険組合施設課へご連絡ください。電話 03 (3409) 7918

回答欄 (下記には記入しないでください。)

可	月 日より 泊	大人 人	小人 人	幼児 人	計 人
不可	残念ながら今回のお申込は、ご希望に添えません。				

担当者印 (回答日 月 日)