

# 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 5年 8月 1日) 03-3834-7493

施設名	とよさか きぬがわ			被保険者証記号	1000		
	ご希望の施設に○をしてください。			事業所住所	〒000-0000 東京都〇〇区△△1-1-1		
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	〇〇〇〇株式会社		
	9月1日	9月8日	月 日	事業所	電話	03-1111-1111	
	より 1泊	より 1泊	より 泊		FAX	03-1111-2222	
	(2泊まで)			当日の連絡先	090-1111-2222		
	希望の部屋に○印	希望なし	和室	フリガナ	ケンボ タロウ		
			和洋室	利用代表者氏名	健保 太郎		
			洋室				
利用承認書送付先 (いずれかに○印)	〒111-1111 東京都△△区〇〇1-1-1						
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
1111	ケンボ タロウ 健保 太郎	男 女	37	1986年 6月 20日	被 扶 外	有・無	
1111	ケンボ ユウコ 健保 優子	男 女	37	1986年 5月 12日	被 扶 外	有・無	
1111	ケンボ イチロウ 健保 一郎	男 女	9	2014年 5月 28日	被 扶 外	有・無	
1111	ケンボ ユウミ 健保 優実	男 女	3	2020年 7月 1日	被 扶 外	有 無	
		男・女			被・扶・外	有・無	
利用者合計	被保険者 大人 1名	被扶養者 大人 1名 小人 1名	その他 大人 名 小人 名	合計 大人 2名 小人 1名	食事が必要としない幼児 食事が必要とする幼児	1名 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、幼児食事の有無を○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)