

共同利用保養施設利用申込書

FAX送信日 令和 年 月 日

FAX番号 セメント商工

健保組合 03-3400-3980

セメント商工健康保険組合

施設名	強羅グリーンハイツ [全館禁煙]					
利用希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日			
	月 日	月 日	月 日	より	泊	より 泊

●保険証記号・番号

●事業所住所 〒

●事業所名

●(フリガナ)

●利用代表者名

●連絡先電話 [自宅]・[会社] [携帯]

利用承認書送付先(いずれかに○印)

利用代表者の(自宅 事業所)

〒

保険証番号	利用者名			年齢	性別	生年月日	利用者区分	利用者負担額
					男・女	年 月 日	被保険者・被扶養者・その他	※ 円
					男・女	年 月 日	被保険者・被扶養者・その他	※ 円
					男・女	年 月 日	被保険者・被扶養者・その他	※ 円
					男・女	年 月 日	被保険者・被扶養者・その他	※ 円
					男・女	年 月 日	被保険者・被扶養者・その他	※ 円
利用者合計	大人	男 名 女 名	小学生 男 名 女 名	幼児 名	3歳～未就学児 名	合計 名	食事を必要としない幼児 名	合計金額 ※ 円

ご注意

1. 申込方法等

上記「利用者負担額」※以外全てを記入し、[被保険者・被扶養者・その他(それ以外の者)は必ず利用者区分を○で囲んで下さい]利用月の1カ月前の1日から利用日の10日前迄の間、この申込書を上記へ(セメント商工健保組合)FAXして下さい。(郵送不可)予約が成立しましたら利用承認書をお送りします。また、満室不可の場合は上記連絡先へお電話いたします。

[注]申込書には、行かれる方すべてのお名前を記入して下さい。(食事を必要としない3歳未満の方も含まます)

- 3歳未満の方が食事を希望される場合は、幼児料金となります。年齢欄に記載した年齢を○で囲んで下さい。
- 利用日の2日前より当日までに取消しますと、利用者負担額的全額がキャンセル料となりますので各施設に直接お支払下さい。
- 全館禁煙です。

電機健保回答欄

可	月 日より 泊	大人 名	小学生 名	幼児 名	合計 名
不可	残念ながら、今回のお申し込みはご希望に添えません。				

備考

担当者印 (回答日) 月 日

整理番号	—
------	---

連絡確認日 月 日