

契約保養所利用申込書

						受付番号		
利用者責任者	事業所名							
	氏名							
	送付先住所		自宅・勤務先	〒				
	電話		9時～17時に連絡のつく ☎ ()			緊急連絡先 ☎ ()		
本申込書に記入されました情報は、保養所の利用にかかる目的以外には使用しません。 (□同意する・□同意しない) ※必ずご記入ください。個人情報の取り扱いについては、ホームページに掲載しています。								
利用施設名								
利用日		1泊目	月 日 ()		2泊目	月 日 ()		
利用者		被保険者 名		被扶養者 名		計 名		
人数	被保険者等 記号 - 番号		氏名			区分	性別	年齢
1	—		利用責任者			被保険者 被扶養者		
2	—					被保険者 被扶養者		
3	—					被保険者 被扶養者		
4	—					被保険者 被扶養者		
5	—					被保険者 被扶養者		
6	—					被保険者 被扶養者		
7	—					被保険者 被扶養者		
8	—					被保険者 被扶養者		

※ 利用後の補助金申請はできませんのでご注意ください。

《申込書記入・利用上のご注意》

- ① 契約保養所の補助金を利用できるのは、被保険者・被扶養者の方だけで、年間2泊(4月～翌3月)まで。
- ② 希望する宿泊施設(案内所)に電話をし、薬業健保の加入員である旨を申し出てから予約をお取りください。
- ③ 予約が取れたら、「利用申込書」を利用日の7日前(土・日・祝日を除く)までにFAXまたは郵送で当健保組合にご提出ください。
- ④ 後日、当健保組合より「利用通知書」を送付します。利用当日フロントへご提出ください。
- ⑤ 利用料金の発生しないお子さまは、補助金対象外となりますので記入の必要はありません。
(寝具のみは寝具使用料、食事のみは飲食代となり不該当となります。)
- ⑥ 取消・変更は、キャンセル料の発生する場合がありますので申込み先(案内所)と当組合に連絡してください。

☆健康増進課施設管理係 ☎ : 03 (3581) 1234

F A X : 03 (3581) 1894 (24時間対応)