

# 契約保養所利用申込書

		受付番号	
<b>利 用 責 任 者</b>	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	保険証記号	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)