契約保養所利用申込書

受付番号	

利用責任者	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。			

利用会社名（○をしてください）	1. J T B	2. 日本旅行	3. 近畿日本ツーリスト		
申込店舗名	☎　（　　）				
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 希望する店舗(旅行会社)に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、「契約保養所利用申込書」を利用日の15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」を送付しますので、予約した店舗に提出し料金をお支払いください。
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もありますので店舗（旅行会社）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　　ＦＡＸ：03 (3581) 1894（24時間対応）

東京薬業健康保険組合