

利 用 申 込 書 (利用案内書)

		入金日	金額		受付番号					
		/			—					
フリガナ					記号	番号				
申込者 (責任者)					保険証の 記号番号	—				
事業所	所在地	〒				申込区分				
	名称	TEL ()				1. 抽 選 2. 電話等予約済 パンフレットの希望 する・しない				
利用 希望日	第一希望	年 月 日()より(泊)		第二希望	年 月 日()より(泊)					
利用人員	内 訳	被保険者	被扶養者		一 般		合計	2歳まで (食事なし)	月 日から3泊目	
			大人	子供	大人	子供			大人	子供
	1泊目								大人	名
	2泊目								子供	名
<p>☆ 3歳～小学生までは、夕食を大人・子供料理のどちらかを選択できます。希望する食事により、上記の大人・子供欄それぞれに人数を記入してください。(大人料理を選んだ時は、大人料金になります)</p> <p>☆ 2歳以下の幼児で食事を希望する場合は、子供料金となりますので、子供の人数に記入してください。</p>										
保 険 証 号	利 用 者 名		1. 被保険者 2. 被扶養者 3. 一 般	性 別	年 齢	幼児(2歳以下) の食事の有無	備 考			
	利用責任者		1・2・3	男・女		(食事は子供用と同じです) 2歳以下でも食事を希望すると子供料金がかかります。	有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
			1・2・3	男・女			有・無			
抽 選 結 果 及 び	住 所	〒								
利用案内書送付先	宛 名	TEL ()								

- ☆ 太枠内を記入し家具健保へ郵送又は FAX して下さい。
- ☆ 保険証の番号は必ず記入してください。
- ☆ 被扶養者とは本人と同じ保険証番号を持つ家族です。
- ☆ 一般の方だけの抽選申込みはできません。
- ☆ 申込書に記載されました個人情報は、「みやぎの」の運営・管理の目的以外に使用することはありません。

東京都家具健康保険組合 総務課
 〒113-8511
 東京都文京区湯島 3-24-5
 Fax 03-3835-4428