

利 用 申 込 書 (利用案内書)

		入金日	金額	受付番号				
		/		—				
フリガナ				申込区分				
申込者 (責任者)	保険証の 記号番号			2. 電話等予約済				
事業所	所在地	〒			パンフレットの希望			
	名称	一 般			する・しない			
利用日	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 險 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	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		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
		3	男・女			有・無		
利用案内書送付先	住 所	〒						
	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。
 ☆ 申込書に記載されました個人情報、「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