

加入員の方

保養所 **みやぎの 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	申込区分						
申込者(責任者)			-		抽選・予約済						
事業所	所在地	〒 -			パンフレット等の希望						
	名称	TEL			パンフレット・送迎車案内・不要						
利用希望日	第一希望	年 月 日 () より (泊)			特別洋室・和室・どちらでも						
	第二希望	年 月 日 () より (泊)			特別洋室・和室・どちらでも						
	第三希望	年 月 日 () より (泊)			特別洋室・和室・どちらでも						
利用人員	内訳	被保険者	被扶養者		同行家族		その他		合計		幼児 3歳未満は 食事・布団なし
			大人	子供	大人	子供	大人	子供	大人	子供	
	1泊目										
	2泊目										

「同行家族」は被保険者及び配偶者に同行する「祖父母」「父母」「配偶者」「子」「子の配偶者」「孫」の方です。
 「子供」は3歳～小学生の方です。(大人用の夕食を希望する場合は人数を大人欄に記入してください。大人料金になります。)
 「幼児」は3歳未満の方です。(子供用の食事を希望する場合は人数を子供欄に記入してください。子供料金になります。)
 特別洋室の利用料は他の部屋より被保険者・被扶養者・同行家族は1,000円、その他は2,000円(子供それぞれ半額)UPになります。
 ツインルームのため定員は2名です。(但し、大人2名と小学生までの子供2名までは利用できます。)

利用者名	保健証番号	同行家族続柄	性別	年齢	幼児(3歳未満)の食事・布団の有無(食事は子供料金で有料です)	備考
利用責任者			男・女			(記入上の注意) ※被保険者及び被扶養者は保険証番号を記入してください。 ※同行家族は続柄を記入してください。 ※幼児の方で食事・布団を希望する場合は、上記の子供人数欄に記入してください。
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	
			男・女		有・無	

抽選結果及び利用案内書送付先	住所	〒 -	
	宛名	TEL 携帯	

※□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・管理の目的以外に利用しません。

東京都家具健康保険組合 総務課

FAX 03-5844-6061