

加入員以外の方

保養所 **みやぎの** 利用申込書・利用案内書

フリガナ			入金日	金額	受付番号			
申込者 (責任者)			/		—			
加入していた 事業所名	OB・元家具基金受給者の方				予約したお部屋			
					特別洋室・和室			
所属している 健保組合	共同利用の方				パンフレット等の希望			
					パンフレット・送迎車案内・不要			
利用日	年 月 日 ( ) より ( 泊 )							
利用人員	内訳	OB	元家具基金 受給者	共同利用・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
	1泊目							
	2泊目							
<p>「OB」は60歳以上で当組合の資格を喪失した方です。</p> <p>「元家具基金受給者」は元家具厚生年金基金の受給者の方です。</p> <p>「子供」は3歳～小学生の方です。(夕食を大人用に変更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。)</p> <p>「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。)</p> <p>特別洋室の利用料は他の部屋より2,000円(子供は半額)UPになります。</p>								
利用者名			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			<p>(記入上の注意)</p> <p>※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。</p>		
			男・女		有・無			
			男・女		有・無			
			男・女		有・無			
			男・女		有・無			
			男・女		有・無			
			男・女		有・無			
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は、「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