

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)			保険証の 記号番号	—	抽選	電話等予約済
事業所	所在地	〒			パンフレットの希望 する・しない	
	名称	TEL ()			送迎車の案内希望 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		幼児※2 2歳まで (食事・ 布団なし)	3泊目する場合の3泊目の利用人員 月 日の利用者 大人 名 子供 名 / 幼児 名
			大人	子供	大人	子供	大人	子供※1		
	1泊目									
	2泊目									

※1. 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)

※2. 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。

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 (食事・布団は有料 です。食事は子供 料理と同じです。)	備 考
	利用責任者	1・2・3	男・女			
		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 利用案内書送付先	住 所	〒			
	宛 名	携帯 () TEL ()			

- ☆ □太枠内を記入し家具健保へ郵送又はFAXして下さい。
- ☆ 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、「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