

セメント商工健康保険組合

契約保養施設利用申込書

玩具人形健康保険組合

〔FAX送信日 令和 年 月 日〕 03(3400)3980

施設名	山中湖 山中山荘		保険者証記号
			事業所名 フリガナ 利用代表者
利用希望日	第一希望日	第二希望日	勤務先・ご自宅 連絡先：TEL () FAX ()
	月 日 より 泊	月 日 より 泊	
承認書送付先	事業所・ご自宅 (いずれかに○印)	〒	

保険証番号	利用者氏名	性別	年齢	利用者区分	4歳以下の方で 寝具・食事の希望
		男・女		被・扶・外	する・しない
		男・女		被・扶・外	する・しない
		男・女		被・扶・外	する・しない
		男・女		被・扶・外	する・しない
		男・女		被・扶・外	する・しない

- ご注意
- 必要事項は、必ず記載して下さい。性別・利用者区分・食事欄は○で囲んでください。
 - 利用日の2ヶ月前の1日から利用日の10日前まで受付。(休日を除く)
 - 申込書は、セメント商工健保組合へ直接FAXして下さい。〔午前9時から午後5時まで〕
 - 利用者区分欄：(被)被保険者
(扶)被扶養者【保険者証を持っている家族】
(外)同伴者【その他】
 - 4歳以下の方で寝具・食事を希望しない方は無料です。
 - 利用者全員(4歳以下で寝具・食事を希望しない方も含む)のお名前を記入してください。
 - お問い合わせは、玩具人形健保組合保健事業課へご連絡ください。電話 03(3862)6851

＝ 回答欄 ＝ 下記には記入しないで下さい。

可	月 日より 泊	大人 人・小人 人・幼児 人	計 人
不可	残念ながら今回のお申込みは、ご希望には添えません。		

担当者印 (回答日 月 日)