

FAX送信先 03-3864-8293

| | | | | | |
|------|------|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

直営保養所利用申込書

年 月 日

東日本プラスチック健康保険組合 殿

保養所利用のために、必要な範囲内での個人情報の提供について、同意のうえ申込みます。

| | | |
|-------------|--------------|--|
| 事業所名 | | |
| 勤務先TEL | | |
| 利用責任者 | | |
| 自宅TEL | | |
| 緊急連絡先 | | |
| 利用案内書等送付先住所 | 勤務先 ・ 自宅 | |
| 〒 | | |
| パンフレットの送付 | 希望する ・ 希望しない | |

※パンフレットは組合ホームページよりダウンロードできます。

到着予定時刻 PM 時 分頃
(電車 ・ バス ・ 車) を利用します。

- ・保険証記号番号、年齢、続柄は必ずご記入ください。
- ・就学前のお子様は、備考欄に生年月日をご記入ください。
- ・東プラ箱根のみ3才から就学前が小人です。

| | | | |
|--------------------|-----------------|-------|---------------|
| 施設名 | 希望施設に○をつけてください。 | 利用年月日 | 年 月 日 () ~ 泊 |
| 東プラ箱根 ・ 湯之谷けんぽセンター | | | |

| 保険証記号 | 利用者合計 | 名 | | | | |
|-------|-------|-----|----|----|----------------|----|
| 保険証番号 | 利用者氏名 | 性別 | 年齢 | 続柄 | 利用者種別 | 備考 |
| | 利用責任者 | 男・女 | | | 本人 被扶養者 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |
| | | 男・女 | | | 本人 被扶養者 その他 小人 | |

- ・利用者種別を○で囲んでください。(利用者種別の被扶養者とは当組合発行の保険証を持っているご家族です)
- ・宿泊される方[3才未満(無料)も]全ての利用者氏名をご記入ください。
- ・利用者に変更が生じた時は速やかにご連絡ください。
- ・フロントで氏名等を確認させていただく場合もありますので、健康保険証をご持参ください。

〈健保組合受付印〉

〈以下は記入しないでください〉

| 内訳 | 本人 | 被扶養者 | | その他 | | 計 | |
|----|----|------|----|-----|----|----|----|
| | | 大人 | 小人 | 大人 | 小人 | 大人 | 小人 |
| 男 | | | | | | | |
| 女 | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | |

| 利用料内訳 | | | |
|-------|-----|-----|---|
| 円 × | 人 × | 泊 = | 円 |
| 円 × | 人 × | 泊 = | 円 |
| 円 × | 人 × | 泊 = | 円 |
| 円 × | 人 × | 泊 = | 円 |
| 合計 | | | 円 |