

受付No.	
-------	--

東京ディズニーリゾート・コーポレートプログラム利用申請書

被保険者氏名 (利用代表者)			
電話番号 <small>※平日9～17時に 連絡可能な番号</small>	自宅	—	—
	携帯	—	—
住所	〒 —		

・利用券を上記の住所に送付いたします。

利用者名簿 (利用代表者を含む**利用者全員**を必ずご記入ください。)

保険証		利用者氏名	年齢	利用者区分	利用予定日
記号	番号				
				被保険者・被扶養者	月 日
				被保険者・被扶養者	月 日
				被保険者・被扶養者	月 日
				被保険者・被扶養者	月 日
				被保険者・被扶養者	月 日
				被保険者・被扶養者	月 日
利用者人数				名	

◆利用対象者は被保険者および4歳以上(利用日時点)の被扶養者です。

※被扶養者でない家族、友人はご利用いただけません。

※利用補助は年度内1人1回に限ります。

※不正使用や転売行為が発覚した場合、補助金額を返還請求いたします。

また、不正行為により当組合のディズニー補助の継続が不可能になりますのでご注意ください。

〒 170 — 0004

東京都豊島区北大塚2-34-22

東京都洋菓子健康保険組合

FAX: 03-3949-3005

メール: hokenshisetu@dp.u-netsurf.ne.jp

申込メール作成二次元コード➡



受付年月日

個人情報の取扱い: ご提出いただいた個人情報は、他の目的では使用いたしません。