

※太枠内にご記入のうえ、利用日の1週間前までにご提出ください。

通知書送付先	住所	〒 _____
	氏名	_____ 様

〒 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
 TEL 03-3949-3001
 FAX 03-3949-3005

web予約番号					
予約番号					

ラフォーレ倶楽部補助金申請書（通知書）

代表者 保険証	記号		事業所名			
	番号		フリガナ			
住所			〒 _____	電話番号 ※平日9~17時に連絡可能な番号		
〔送付先と同じ〕 場合は同上				自宅	-	-
				携帯	-	-
				会社	-	-
利用施設に○	リゾートホテル			シティホテル		
		伊豆マリオットホテル修善寺	ラフォーレ那須	ウェスティンホテル仙台		
		富士マリオットホテル山中湖	ラフォーレ修善寺	東京マリオットホテル		
		軽井沢マリオットホテル	コートヤード・バイ・マリオット白馬	コートヤード・バイ・マリオット新大阪ステーション		
		琵琶湖マリオットホテル	箱根強羅 湯の棲	コートヤード・バイ・マリオット東京ステーション		
		南紀白浜マリオットホテル	伊東温泉 湯の庭			
	ラフォーレ蔵王リゾート&スパ	ラフォーレ修善寺 山紫水明				
利用期間				泊数		
年 月 日 ~ 年 月 日				泊		

利用者名簿（組合員以外の方を含む利用者全員をご記入ください。）

保 険 証 記号	保 険 証 番号	利用者氏名	年齢	続柄	利用者区分	支給 決定	備考	補助金額
					本・家・他	可・否		
					本・家・他	可・否		
					本・家・他	可・否		
					本・家・他	可・否		
					本・家・他	可・否		
					本・家・他	可・否		

※利用者区分は、被保険者は「本」、被扶養者は「家」、組合員以外の方は「他」に○をしてください。
 ※利用者名簿が足りない場合は、コピーしてお使いください。

《注意事項》

- ・組合員以外の方のご利用は、補助金利用対象外となります。
- ・直前申込等で承認済申請書がお手元に届かない場合、補助金利用対象外となります。
- ・キャンセルの場合はホテルに連絡後、承認済申請書を当組合までご返送ください。
 なお、返送いただけない場合は次回から補助金をご利用いただけません。

健 保 承 認 印	
-----------------------	--

※承認印無き場合は無効

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。