

※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

予約番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

リゾートトラスト補助金申請書（通知書）

代表者 保険証	記号		事業所名	
	番号		フリガナ	
			氏名	

住所 〔送付先と同じ 場合は同上〕	〒 _____	電話番号 ※平日9～17時に連絡可能な番号	
		自宅	- -
		携帯	- -
		会社	- -

施設区分に○	エキシブ	利用施設名称
	リゾーピア	
	サンメンバーズリゾート	
	サンメンバーズシティ	
	ザ・ロッジ	
	ホテルトラスティ	

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	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		

※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○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。