※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
ＴＥＬ０３－３９４９－３００１
ＦＡＸ０３－３９４９－３００５

予約番号	

セラヴィリゾート泉郷補助金申請書（通知書）

2025.4

代表者情報	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	
利用施設名称			

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。）

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		

※「記号-番号」は、健康保険証・資格確認書・マイナーポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報」（マイナ保険証として利用登録済みであること）・資格情報のお知らせでご確認ください。
※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≫

・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。