

※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	
------	--

セラヴィリゾート泉郷補助金申請書（通知書）

代表者 保険証	記号		事業所名			
	番号		フリガナ			
住所 〔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			利用室数（組合員がご利用する部屋数）			
			室			
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 記号一番号	利用者氏名	年齢	続柄	利用者区分	備考	補助金額
				本・家・他		
				本・家・他		
				本・家・他		
				本・家・他		
				本・家・他		

※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＞

- ・ **組合員がご利用される部屋のみ、補助金対象となります。**
- ・ 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。