

※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	〒 170 - 0004 東京都豊島区北大塚2-22-34 ※会社宛に送付の場合は要会社名
	氏名	洋菓子 太郎 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	12345678
------	----------

セラヴィリゾート泉郷補助金申請書(個人)

予約の変更・キャンセルなど、すべてこの番号で管理されています。

代表者 保険証	記号	123	事業所名	株式会社 洋菓子
	番号	456	フリガナ 氏名	ヨウガシ タロウ 洋菓子 太郎

住所	代表者本人と連絡がとれる番号を必ず記入してください。	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〕	同上	自宅	03-●●●●-■■■■
		携帯	090-■■■■-▲▲▲▲
		会社	03-▲▲▲▲-●●●●

組合員外の同行者のみでご利用される部屋は部屋数に含みません。

利用室数 (組合員がご利用する部屋数)

アンビエント 八ヶ岳コテージ	1 室
----------------	-----

利用期間	泊数
2024 年 4 月 19 日 ~ 2024 年 4 月 21 日	2 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
123-456	洋菓子 太郎	40	本人	本・家・他		_____
123-456	洋菓子 健子	40	妻	本・家・他		
123-456	洋菓子 一郎	10	長男	本・家・他		
123-456	洋菓子 二郎	5	次男	本・家・他	寝具不要	
	和菓子 健二	70	義父	本・家・他	組合員外	
	和菓子 保子	65	義母	本・家・他	組合員外	

※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。