

白浜保養所 利用申込書

記入日 平成 年 月 日

被保険者 (代表者)	記号 - 番号	—		
	氏名	Ⓜ		
	事業所(会社)			
	所属部署			
利用希望日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (泊日) チェックイン 時			
宿泊者 (代表者を除く)	宿泊者氏名	続柄	年齢	布団 (未就学児のみ選択)
				要・不要
				要・不要
				要・不要
利用者合計	人	布団合計	組	

(注意事項)

1. 利用対象者は、被保険者とそのご家族です。
2. 宿泊人数の変更やキャンセル等は、利用日の3日前までにご連絡ください。
3. 未就学児で布団が不要の場合、宿泊料は無料です。
4. 宿泊料は、給与からの天引きとなります。
5. 設備等の不具合がありましたら、利用後に東り健康保険組合へご連絡ください。

----- < 以下、健保使用欄 > -----

シャトレハイツ白浜 管理人様

上記内容で保養所の利用を承認いたしましたのでご連絡します。

613号室 東り健康保険組合 Ⓜ

健保確認印