

白浜保養所 利用申込書

記入日 平成 29 年 4 月 18 日

被保険者 (代表者)	記号 - 番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8		
	氏 名	健保 太郎 ㊟		
	事業所(会社)	〇〇株式会社		
	所属部署	〇〇部〇〇グループ		
利用希望日	平成 29 年 5 月 1 日 ~ 平成 29 年 5 月 2 日 (1 泊 2 日) チェックイン 15 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)
	健保 花子	妻	38	要・不要
	健保 大介	子	10	要・不要
	健保 良子	子	4	要・不要
利用者合計	4 人	布団合計	3 組	

(注意事項)

- 利用対象者は、被保険者とそのご家族です。
- 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。
- 未就学児で布団が不要の場合、宿泊料は無料です。
- 宿泊料は、給与からの天引きとなります。
- 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