

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

直営保養所ザ・グラン伊豆高原利用申込書

(抽選用)

申込日 令和 年 月 日	
利用期間	令和 年 月 日から 泊 名
会社名	申込責任者 (被保険者氏名)
利用券送付先 会社・自宅	〒 - ※会社へ送付ご希望の際は空欄のままにしてください
到着予定時間	午後 時 分 緊急連絡先 - - パンフレット 不要の方は○
保険証	利用者氏名
記号	番号
	利用者区分
	性別
	年齢
	備考
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他
	本人・被扶養者・その他

※「その他」の方で利用日の年齢が12歳の方は備考欄に小学生・中学生と記載して下さい。
 ※利用の際には本人・被扶養者が含まれていることが条件となります。

上記**太枠内**をすべて記入し、当健康保険組合までFAXしてください。
 抽選期間外の提出や記入もれは抽選の対象外となります。

※申込責任者は必ず**被保険者氏名**をご記入下さい。

受付日印

FAX 03-3473-9405