

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 平成 年 月 日																																																																																							
利用期間	平成 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○ 不要																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">保険証</th> <th rowspan="2">利用者氏名</th> <th rowspan="2">利用者区分</th> <th rowspan="2">性別</th> <th rowspan="2">年齢</th> <th rowspan="2">備考</th> </tr> <tr> <th>記号</th> <th>番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td>本人・被扶養者・その他</td><td>男・女</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		保険証		利用者氏名	利用者区分	性別	年齢	備考	記号	番号				本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女						本人・被扶養者・その他	男・女		
保険証		利用者氏名	利用者区分						性別	年齢	備考																																																																												
記号	番号																																																																																						
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			
			本人・被扶養者・その他	男・女																																																																																			

※「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