

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

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○		不要	
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。

※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