

常務理事	事務長	担当

*利用承認番号

シャトレハイツ白浜 利用申込書

号室

申込日 平成 年 月 日

代表者(被保険者)	保険証 記号-番号	—	氏名	(印)
日中の連絡先	電話:	(携帯電話:)		
事業所		内線		
所属部署		外線		

■ 宿泊予約の内容

宿泊日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (泊 日)
-----	---------------------------

※健保記入欄

	保険証 記号-番号	氏名	性別	年齢	続柄	区分			事業所・所属名称	*宿泊料 有無		*泊数	*宿泊料金
						被保険者	被扶養者	その他					
代表者										有 無			
同行者										有 無			
										有 無			
										有 無			
										有 無			
										有 無			
											有 無		

希望者のみ (現地支払い)	貸ふとん 1,130円(一式/1泊)	組
------------------	--------------------	---

※貸ゆかたはございません

* 宿泊料計	
--------	--

(注意事項)

- *欄は記入しないで下さい。
- キャンセルや申込内容(人数・日付等)の変更が生じた時は必ず健保組合まで連絡下さい。変更の場合、訂正印が必要です。
- 宿泊費は利用日当日及び前日のキャンセルの場合返金致しません。また、貸ふとん代は宿泊当日キャンセルの場合、1泊分をお支払い頂きますのでご注意ください。
- 被保険者が同行していても利用申込書に氏名の記載がない方の利用は認めません。
- 名義貸しは厳禁です。本人確認をさせていただく場合がございます。

平成 年 月 日

承認印
三菱UFJニコス健康保険組合 印

TEL 03-3815-6216

※宿泊料が必要となる方は、下記に必要事項をご記入下さい。支払方法は原則カード払いとします。

番号を○で囲んで下さい。

1. カード1回払い

該当カードに○印 ⇒	MUFG アメックス	MUFG VISA	MUFG Master	MUFG JCB	DC	UFJ	NICOS
------------	---------------	--------------	----------------	-------------	----	-----	-------

会員番号 (=利用代表者である被保険者名義のもの)	カード有効期限	署 名
— — —	月 / 年	

2. 銀行振込(カード会員以外のみ) お振込の前に必ず健保へご連絡ください。

振込先	三菱UFJ銀行 本郷支店 普通口座 0043615	※振込後、振込領収書のコピーを利用申込書送付時に添付して下さい。
	三菱UFJニコス健康保険組合	※振込は利用代表者氏名でお願いします。なお、振込手数料は振込人負担となります。

【保5】300420