常務理事	事務長	担　当

*利用承認番号

記入例

シャトレハイツ白浜 利用申込

号室

忘れずに押印下さい

所属会社名を必ずご記入ください

申込日　平成　〇　年　4　月　4　日

代表者（被保険者）	保険証記号-番号	1　—　12345	氏 名	健康　保　印
日中の連絡先	電話:	03-3815-XXXX	（携帯電話:	090-XXXX-XXXX ）
事業所	三菱UFJニコス株式会社		内線	222-XXXX
所属部署	〇〇部　△△グループ		外線	03-3333-XXXX

■ 宿泊予約の内容

宿　泊　日	平成 〇 年 5 月 5 日 ～ 平成 〇 年 5 月 7 日（ 3 泊 4 日 ）

※健保記入欄

	保険証記号-番号	氏　名	性別	年齢	続柄	区分 被保険者	区分 被扶養者	区分 その他	事業所・所属名称	*宿泊料有無	*泊数	*宿泊料金
代表者	1-12345	健康　保	男	41	本人	〇			〇〇部△△G	有 無		
同行者	1-12345	健康　組子	女	38	妻		〇			有 無		
	1-12345	健康　合子	女	7	長女		〇			有 無		
	1-12345	健康　険一	男	2	長男		〇			有 無		
		三菱　太郎	男	66	父			〇		有 無		
		三菱　花子	女	64	母			〇		有 無		
										有 無		
										有 無		
										* 宿泊料計		

宿泊される方全員の氏名をご記入ください。（記載がない方のご利用はできません）

布団の数も忘れずにお願いします。

希望者のみ（現地支払い）	貸ふとん 1,130円（一式／1泊） 5 組

※貸ゆかたはございません

（注意事項）

1. ＊欄は記入しないで下さい。

宿泊料がかかる場合（加入者以外の方の宿泊がある場合）に、ご記入ください。

等）の変更が生じた時は
更の場合、訂正印が必要です。
ンセルの場合返金致
セルの場合、1泊分を
い。

4. 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
5. 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

-6216

カード会員以外の方は必ず電話予約の際に、健保へお申し出ください。

※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。

番号を〇で囲んで下さい。

1. カード1回払い

該当カードに〇印 ⇒	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
1111 — 2222 — 3333 — 4444	11 月／〇 年	健康　保

2. 銀行振込（カード会員以外のみ） お振込み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
	三菱UFJニコス健康保険組合

※ 振り込み後、振込領収書のコピーをこの用紙送付時に添付して下さい。
※ 振込は利用代表者名でお願いします。なお、振込手数料は振込人負担となります。