

常務理事	事務長	担当

*利用承認番号

記入例

他保養所施設利用申込書

必ずご記入下さい

申込日 平成 〇 年 4 月 4 日

利用施設名	休暇村 日光湯元	施設所在地	栃木 都・道・府・県
-------	----------	-------	------------

所属会社名を
必ずご記入下さい

代表者(被保険者)	保険証 記号-番号	1 - 12345	氏名	健康 保
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

印

■ 宿泊予約の内容

忘れずに押印下さい

宿泊日	宿泊施設名称	代金	大人	子ども
5月 5日	休暇村日光湯元	55,400 円	4 人	1 人
5月 6日	休暇村日光湯元		4 人	1 人

■ 補助金の申請

※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	*支給 決定		*泊数	*補助金額
						被保険者	被扶養者	その他		可	否		
代表者	1-12345	健康 保	男	41	本人	○			〇〇部△△G	可	否		
同 行 者	1-45678	三菱 ゆう子	女	46	本人	○			〇〇部□□G	可	否		
	1-56789	本郷 三郎	男	38	本人	○			〇〇部△△G	可	否		
	1-67890	秋原 葉子	女	34	本人	○			〇〇部△△G	可	否		
	1-67890	秋原 悠	女	5	子		○						

被保険者が2名以上の場合は
下にチェックをしてください。
(被保険者が1名なら不要)

※被保険者(役職員)が複数で利用する場合はチェックをしてください

補助金額計

平成 年 月 日

承認 印	三菱UFJニコス健康保険組合 印
---------	------------------

(注意事項)

- *欄は記入しないで下さい。
- 健保組合承認印のない利用券は無効です。
- 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。
- 補助金は宿泊料に対して支給されます。4歳以上であっても添い寝等の扱いで宿泊料金が発生しない場合は補助金対象外となりますので、小さなお子様連れの場合はご注意下さい。

Tel 03-3815-6216