

FAX専用申込書

共同利用保養施設申込書(東京都電機健保)

関東めつき健康保険組合

FAX番号 03(3813)5363

*ご希望の施設を選び○で囲んでください。	
施設名	1 強羅グリーンハイツ 2 オレンジドームゆがわら
希望日	第1希望 年月日 泊 第2希望 年月日 泊

保険証記号	番号
事業所名	
利用代表者	印
連絡先電話	[自宅] ()
	[勤務先] ()

保険証番号	利用者名	性別	年齢	生年月日	利用者区分	利用者負担額 (健保組合記入欄)
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
—		男女		昭令 年月日	被保険者 被扶養者 その他	円
利用者数	大人 男女 名	小学生 男女 名	幼児 3歳~未就学児 名	合計 名	食事の不要な 幼児 名	合計金額
*ご希望のお部屋のいずれかに○で囲んでください。				禁煙室・喫煙室 を希望します。		円

記載上の注意

- 太字線で囲った枠内の各欄を記入のうえ、関東めつき健康保険組合(上記FAX番号)にお申込みください。
- 3歳未満で寝具・食事を希望される場合は、幼児料金となります。
- 利用日の2日前以降のお取り消しの場合、キャンセル料として利用負担金の全額を施設に直接お支払いください。
- 禁煙室・喫煙室のお部屋のご希望欄に記載がない場合は、いずれも可であるものと判断させていただきます。また、ご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

電 機 健 保 回 答 欄

可	月 日より 泊 合計 名 (部屋名) 禁煙室・喫煙室	備考
否	残念ながら、ご希望に添えませんでした。	

整理番号 _____

(回答日: 月 日 担当 _____)