

■申込書はコピーしてご利用ください。(送付先：〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート 日本IBM健康保険組合 保健事業部／HZZD-YY1-A)

共同利用保養所利用要領 様式一
(健康保険組合連合会)

No. _____

共同利用保養所利用申込書

利用通知書の送付先		自宅／勤務先の住所	〒×××-×××× ××県××市××町×-×-× 会社 部 課 係									
		氏名	健保 太郎									
利用施設名	××健保 ××× 保養所				利用代表者	(ふりがな) けんぼ たろう 氏名 健保 太郎 連絡先Tel ×××(×××)×××× 番						
利用月日及び種別	宿泊	西暦 ××年×月×日×時から		西暦 ××年×月×日×時まで								
	日帰り	西暦 年 月 日 時から		西暦 年 月 日 時まで								
利用者	記号番号	本人・家族	氏名	性別	年齢	記号番号	本人・家族	氏名	性別	年齢		
	×××- ××××××	本人	健保 太郎	男	50							
	×××- ××××××	家族	健保 花子	女	47							
利用者数	男	1 名		女	1 名		小人	名		計	2 名	
食事	月日	夕	朝	昼	計	月日	夕	朝	昼	計		
	×/×	2				×/×						
	×/×	2	2			×/×						
	×/×	2	2			計						

記載注意
利用通知書の送付先は勤務先の場合は所属部課係まで記載のこと。
利用者は本人・家族の別を記載のこと。

利用申込みは

- ・利用者の所属する組合を通じて返信用の住所を明記した封筒・切手を同封のうえ申込んで下さい。
- ・利用申込み期日等条件は各保養所によって異なりますからご注意ください。
- ・健保連指定の共同利用保養所以外の保養所は利用できません。
- ・予約金のある保養所は、申込みと同時に予約金を添えて申込んで下さい。

上記利用につき 名分 円を添えて申込みいたします。

西暦 年 月 日

所在地 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 TEL 03 (5614) 6804
Daiwaリバーゲート FAX 03 (5614) 6444

組合名 日本アイ・ピー・エム健康保険組合 ㊤

利用申込者氏名 健保 太郎 (印)

「利用申込者氏名」の記入および捺印は忘れずをお願いします。