

常務理事	事務長	担当

# ラフォーレ倶楽部利用申込書

お申込は、ご利用2週間前までに健康保険組合到着分となります

提出日 年 月 日

被保険者証の記号-番号	—	利用責任者名 (被保険者)	
事業所名・ 所属部署名			
勤務先TEL (任意継続者は自宅TEL)	(内線 )		任意継続者は事業所名・所属部署名に 住所を記入してください

宿泊施設名		利用 人数	大 人
利用期間	年 月 日 より ( 泊)		4歳以上 12歳以下

## 利用名簿

	被保険者証の記号 被保険者証の番号	氏 名	続柄	該当に○		年齢	該当に○		健康保険組合記入欄
				被保険者	被扶養者		大人	4歳以上12歳以下	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

### 利用申込にあたっての注意事項

1. 申込は、利用日の2週間前までに完了してください。
2. 補助の対象になる方々の名前をご記入願います。(その他の方は記入不要です)
3. 一年度4泊までの補助となります。
4. 利用内容に変更やキャンセルが発生した場合は、直ちに健康保険組合へご連絡下さい。  
利用内容の変更は、ご連絡のあった方のみ行います。