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

被保険者等 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

	記号 番号	氏　名	続柄	該当に〇		年齢	該当に〇		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。

京三製作所健康保険組合
2024.12