

※ 同 年 月 日

常務理事	事務長	部長	課長	係

湯之谷けんぽセンター利用申込書

責任者氏名 (被保険者)		事業所 名称	
利用券送付先 住所	〒 (会社宛・自宅宛) TEL ()		
緊急時連絡先	*責任者(被保険者)が同行しない宿泊の場合は、利用者の方をご記入ください。災害等緊急の際に連絡する場合があります。 氏名 携帯電話番号 ()		

(注)太枠のみ記入してください。

以下の者が利用申込みします。

予約No. _____

利用期間	月 日 () ~ 月 日 () 泊 日						
記号	番号	利用者氏名	区分	性別	年齢	続柄	備考
			被・扶 他	男 女			
			被・扶 他	男 女			
			被・扶 他	男 女			
			被・扶 他	男 女			
			被・扶 他	男 女			
			被・扶 他	男 女			

※組合記入欄

食事数

	<1泊目>	<2泊目>	<3泊目>
夕	大人 名	名	名
食	小人 名	名	名
朝			
食	名	名	名
	部	屋	

現地払い

東京文具販売健康保険組合理事長 殿

※ご記入いただいた住所・氏名等の個人情報につきましては、施設利用に関する案内資料の送付、申込内容の確認、利用施設への連絡(FAX)以外の目的で使用することはありません。

※組合記入欄 (1泊目) (2泊目) (3泊目)

※ 利用人員	被保険者		名	名	名	円
	被扶養者	大人	名	名	名	円
		小人	名	名	名	円
	その他	大人	名	名	名	円
		小人	名	名	名	円
	合計		名	名	名	円

利用料	円
消費税	円
合計	円