富士通健康保険組合　契約保養所利用申込書

１．予約後、本申込書を利用日の10日前（健保営業日）までに、当健保（kenpo-hoyoujyo3@ml.jp.fujitsu.com）へ送信してください。
２．富士通健保で承認後、申込書を発信元メールアドレスへ返信します。
３．利用日当日、チェックイン時に申込書をフロントへ提出してください。
　当組合の承認印がない申込書は、利用料補助の対象となりません。

【申込代表者】

記　号	被保険者番号	氏　名
連絡先（電話）		

【予約情報】

利用施設名	施設名を入力してください
利用年月日	年　　月　　日より　　泊

※利用料補助金の対象となる宿泊数は、1回のご利用につき2泊までとなります。

【利用者】（申込代表者を含めた利用者全員をご記入ください）

記号	被保険者番号 （当健保加入者については 必ずご記入ください）	氏名	性別	利用区分：該当する欄に〇印					
				被保険者	被扶養者				その他
					大人	小人	幼児		
							３才以上	３才未満	
合計				0名	0名	0名	0名	0名	0名

※当健保加入者のみ利用料補助対象となります。
※３才未満は利用料補助対象外となります。
※３才以上～小学生で、添い寝・食事ありのお子様は利用料補助の対象外となりますので、「その他」に〇をつけてください。

以下　富士通健康保険組合記入欄

下記の健保補助額を控除した額を本人より徴収願います

健保補助額	被保険者		3,000円／泊	泊	名	0　円
	被扶養者	大人（中学生以上）	3,000円／泊	泊	名	0　円
		小人（小学生）	1,500円／泊	泊	名	0　円
		幼児（３才以上）	1,500円／泊	泊	名	0　円
合計						**0　円**

発行No.

年　　月　　日

富士通健康保険組合承認印	
責任者	担当

2026.11.1