

富士通健康保険組合 契約保養所利用申込書

チェックイン時に本利用申込書をフロントにご提出ください。

【申込代表者】

記号	被保険者番号	氏名	所属
連絡先	携帯： _____		内線： _____

【返送先】

※該当する欄に○印をご記入またはご入力ください

■郵便にて利用申込書を送付された場合 郵送 Eメール

受取住所（郵便にて返送希望の場合にご記入ください）	メールアドレス（Eメールにて返送希望の場合にご記入ください）
〒 _____	_____

■Eメールにて利用申込書を送信された場合 申込書発信アドレス 申込書発信とは別のアドレス

※返送はEメールにて行います。（郵送不可）ご承知おきいただきますようお願いいたします。

返信先メールアドレス（申込書発信と違うメールアドレスに返送希望の場合にご記入ください）

【予約情報】

利用施設名	施設名を入力してください	予約年月日
利用年月日	年 月 日より 泊 日	年 月 日

※費用補助対象外施設がありますので、ご注意ください。（健康保険組合ホームページよりご確認ください）

※3才未満、その他の利用者は費用補助対象外となりますので、ご了承ください。

※3才以上・小学生で添い寝（食事のみ）利用は補助対象外となりますので、「その他」欄に○をお願いします。

【利用者名】（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○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	その他	
合計			0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	0 名	

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

責任者	主査	担当