

**記入例**

**新規** 変更

<b>利用代表者</b> (日本航空健康保険組合・明電舎健康保険組合に加入の被保険者または被扶養者)												
記号 - 番号	1234 — 5678		所属健保名	〇〇健康保険組合								
フリガナ	ケンポ タロウ		連絡先電話	03-1234-5678								
氏名	健保 太郎		携帯電話	090-1234-5678								
			返信先FAX	03-9876-5432								
利用希望年月日	第1希望	平成 25 年 12 月 7 日 (土) ~		2 泊								
	希望があれば	第2希望	平成 年 月 日 ( ) ~		泊							
利用人数	大人 (16歳以上)	2 名		小人 (4歳~小学生)	1 名		乳幼児 (3歳以下)	0 名		合計	4 名	
部屋の希望	和室	1 室		洋室	室		部屋人数内訳	( 3 ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )				
食事数	夕食		朝食	追加料理 (書ききれない場合は備考欄へご記入ください)								
	通常食	こども食										
1泊目	2 名	1 名	3 名	刺身盛合せ 3,150円 (1泊目) × 1								
2泊目	1 名	1 名	2 名	カレーサラダ (2泊目) × 1								
到着予定時間	15 時 00 分頃		交通手段	車 1 台		食事が必要な場合は「0」とご記入ください。						
利用者氏名 (利用者全員記入)			車 1 台		公共交通機関		食事・到着時間等、未定のは空白でも構いません。利用予定の最大人数でお申込みください。					
その他 ( )												
保険証記号 - 番号		氏名		性別	年齢	宿泊数	加入区分 (数字に○)					
1234 — 5678		1 健保 太郎		男	30	1	7 8 6					
—		2 健保 いち代		女	30	2	7 8 6					
1234 — 5678		3 健保 一太		男	5	2	7 8 6					
—		4		女			7 8 6					
—		5		男			7 8 6					
—		6		女			7 8 6					
—		7		男			7 8 6					
—		8		女			7 8 6					
備考欄												
子供に小麦アレルギーがあります。 保養所に連絡したい事項があるときにご記入ください。												
事業所名		担当者名		電話		FAX						
〇〇株式会社		△△		03-2345-6789		03-9876-5432						
保養所からの連絡事項			工場等の勤務により直接保養所に申込み出来ない場合には、事業所経由でお申込みください。ご担当者様はお名前と外線の電話番号の記入もお願いします。利用者が直接申込む場合は空白で結構です。									
☐ 受付致しません												
※ 健康保険組合使用欄												