

事務長	係

責任者	係

「さざなみ荘」利用申込書

申込日 ○○年○○月○○日

ふりがな (被保険者又はOBに限る)	おとわ いちろう	保険証 記号 番号 16 100	事業所名	会社名
申込者氏名	音羽 一郎		部署	部署名
代表者の住所	〒000-0000 東京都○○区○○町1-1		電話	111-111-1111 内線 12345

代表者の住所	〒000-0000 東京都○○区○○町1-1		当日の緊急連絡先(携帯番号)	TEL 000-0000-0000
--------	---------------------------	--	----------------	-------------------

さざなみ荘	〒0470-44-0239	〒295-0004	千葉県南房総市千倉町瀬戸2980
-------	---------------	-----------	------------------

利用期間	自○○年 5 月 14 日 (○) ~ 至○○年 5 月 16 日 (○) 2泊 3日
------	---

氏名	性別	年齢	資格	被保険者との続柄	上段:事業所名 下段:保険証番号	泊数	(食事不要の場合のみ×を)				健保 記入欄
							1日目 夕食	2日目 朝食	2日目 夕食	3日目 朝食	
代表者 音羽 一郎	男	35	被保険者 被扶養者 2親等内 その他 OB	本人・友人 ()	16 - 100	2泊					イロ ハニ
2 " 花子	女	33	被保険者 被扶養者 2親等内 その他 OB	本人・友人 (妻)	-	2泊					イロ ハニ
3 " 五郎	男	6	被保険者 被扶養者 2親等内 その他 OB	本人・友人 (長男)	-	2泊					イロ ハニ
4 護国寺 太郎	男	35	被保険者 被扶養者 2親等内 その他 OB	本人・友人 ()	-	2泊					イロ ハニ
5	女		被保険者 被扶養者 2親等内 その他 OB	本人・友人 ()	-	泊					イロ ハニ

* 小3以下で寝具使用:有料 ()名※3歳以下添い寝は無料 ※アレルギー食材の連絡直接保養所にTELして下さい

④チェックアウト後の施設利用は別途利用料をいただきます。

特別許可願 [該当の記号を○で囲み、日付、署名、押印をしてください。Bの場合は、人数も記入してください。]

音羽健康保険組合 理事長 殿

- A. 今回、「資格ロ」の者の利用に際しては、私、被扶養者とも同行できません。利用者には利用のルールなどを事前に説明し、トラブルが起きないようにいたしますので、特別利用のご許可をお願いいたします。
- B. 今回、上記のように「資格ハ」の者を(1)名同行いたしますが、利用のルールなどをよく説明し、トラブルが起きないようにいたしますので、特別許可のご許可をお願いいたします。

平成○○年○○月○○日 (申込者氏名) 音羽 一郎

印

上記の特別利用を許可する 音羽健康保険組合

印

事業所・健保記入欄

イ	3,000円	泊	円	控除	夕食		朝食		利用日	夕食		朝食
					1,000円	食	500円	食		普通食	子供食	
ロ	4,500円	泊	円		500円	食	500円	食	月	日	人	人
ハ	6,500円	泊	円		500円	食			月	日	人	人
二(OB)	4,500円	泊	円						月	日	人	人
小学3年 以下 寝具のみ	800円	泊	円	控除額計					月	日	人	人
合計	人	泊	円	合計					月	日	人	人

領 収 書

保険証記号番号

平成 年 月 日

¥

様

但し、利用期間(月 日 ~ 月 日)
直営保養所 (千倉「さざなみ荘」利用料金として)
上記正に領収いたしました

音羽健康保険組合