

ラフォーレ倶楽部 補助金申請書兼決定通知書

お申込みはFAX、郵送、またはメールにPDF添付をお願いします

FAX 03-5788-8728

mail U311000@tn-sanso.co.jp

★太枠内をご記入ください。

※個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）については、健保ホームページをご参照ください。

●被保険者記入欄

被 保 険 者	記号	111	事業所名称	〇〇株式会社 (任意継続被保険者の場合は記入不要です。)			
	番号	22345	被保険者氏名	フリガナ	ダイニチ タロウ 大日 太郎		
電話番号	勤務先	00 - 0000 - 0000	自宅	00 - 0000 - 0000	携帯	00 - 0000 - 0000	
住所 (書類送付先)	東京都〇〇区〇〇1-2-3						

●利用施設

保養所	ホテルラフォーレ修善寺		
利用日 (西暦)	2024年 12月 1日 (日曜日) から 1 泊		
予約番号	1234567890	※ご予約時に取得する番号です。ご不明な場合は、 ラフォーレ予約センターへお問い合わせ下さい。	

※補助金対象者のみ記入してください。(補助金対象者は、被保険者・被扶養者に限ります。)

●利用者氏名記入欄

※添い寝の幼児は補助金対象外です。

(予約時にお子様の寝具をお申込みされた場合は、備考欄に『寝具申込』と記入してください。

被保険者等 記号 - 番号	利 用 者 氏 名	性 別	年 齢	続 柄	備 考
111 - 22345	フリガナ ダイニチ タロウ 大日 太郎	男	35 歳	本人	
111 - 22345	フリガナ ダイニチ ハナコ 大日 花子	女	35 歳	妻	
111 - 22345	フリガナ ダイニチ ヨウコ 大日 陽子	女	5 歳	長女	寝具申込
—	フリガナ		歳		
—	フリガナ		歳		
—	フリガナ		歳		

《申込み方法》

- ご希望の契約保養所をご予約後、必要事項（太枠内）をご記入の上、ご利用日の10日前までに、当健保宛FAXまたは郵送してください。
 - 内容確認後、承認印をし、記載の住所宛返送いたしますので、宿泊当日に本用紙と「健康保険証情報が記載されたもの(※)」をご提示ください。
 - 各施設（契約保養所）にて、利用料（宿泊料）のお支払いの際に、所定の「補助金」を控除し精算いたします。
・本用紙を忘れて宿泊された場合は「補助金」の控除は致しかねますのでご注意ください。
- ※「健康保険証情報が記載されたもの」は以下のいずれかをご提示ください。
・健康保険証 ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・マイナポータル画面

《 下 記 欄 は 記 入 し な い で く だ さ い 》

受 付 日	利 用 人 数	補 助 金 控 除 額 計	受 付 印
月 日	大 人 名	2,000円 × 名 × 泊 = 円 上記の補助金控除額を宿泊料精算時に控除してください。	
	子 供 名		
	幼 児 名		
	計 名		

〒142-0062 東京都品川区小山1-3-26

太陽日酸健康保険組合 TEL 03-5788-8132 FAX 03-5788-8728 e-mail U311000@tn-sanso.co.jp

XLS16.02