

ラフォーレ倶楽部 補助金申請書兼決定通知書

申込みはFAXか郵送でお願いします
FAX 03-5788-8728

★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 証	記号	111	事業所名称	〇〇株式会社 <small>（任意継続被保険者の場合は記入不要です。）</small>		
	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	000 - 0000 - 0000
住所 <small>（書類送付先）</small>	東京都〇〇区〇〇1-2-3					

●利用施設

保養所	ラフォーレ修善寺					
利用日 <small>（西暦）</small>	2019年 6月 1日（土曜日）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。）

保険証 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》

- ①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。
 - ②内容確認後、承認印を押印し記載の住所宛返送いたしますので、宿泊当日に保険証と合せてご持参ください。
 - ③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。

≪ 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

大陽日酸健康保険組合 TEL 03-5788-8132 FAX 03-5788-8728