

受 付 日		常務理事	事務長	総務課長		担当者
発 行 日					/	
補 助 金 額	円					
内 被 保 険 者	名	円				
内 被 扶 養 者	名	円	利用連絡票 No.			

契約保養所補助金申請書

利用責任者氏名	㊦	連絡先電話	— —
事業所名称		所在地	〒 —
利用連絡票送付先住所 (ご自宅に送付を希望の方のみ、ご記入ください。)		〒 —	

下記のとおり申込みます。

利用契約機関 (○で囲んでください)	さくら総合レジャー・リゾートトラスト プリンスホテル	利用日	自 月 日	泊 日
利用施設名			至 月 日	
利用者内訳 ※被扶養者のみの利用不可	被 保 険 者	被 扶 養 者		合 計
	名	名	/	名

利用者名簿

保 険 証 記 号 番 号	氏 名	年 齢	利用者区分 (○で囲んで ください)	保 険 証 記 号 番 号	氏 名	年 齢	利用者区分 (○で囲んで ください)
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者
—			1. 被保険者 2. 被扶養者	—			1. 被保険者 2. 被扶養者

(注)・上記「被扶養者」は当組合に加入している家族の方となります。

・被扶養者のみでご宿泊の場合、補助金の申請はできません。

服 装 健 康 保 険 組 合

F A X 0 3 - 3 9 4 6 - 8 0 3 7