

整理番号	
------	--

# スパリゾートハワイアンズ施設入場券申込書

(太線内をご記入ください)

事業所名		勤務先 電話番号	( )
(フリガナ) 利用責任者名	⑩	利用責任者 連絡先	( )
		※携帯等、必ず連絡が取れる 連絡先をご記入ください。	
施設入場券等送付先	〒		( 会社 ・ 自宅 )

下記のとおり申し込みします。

利用年月日	令和 年 月 日	宿泊予定	有 ・ 無	泊数	泊	
被保険者等 記号・番号	氏名	性別	年齢	続柄	区分	券枚数
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
		男・女			本人・被扶養者	枚
施設入場券合計代金	円	合計枚数			枚	

★注意事項 (申込書提出前にご確認ください)

- 申し込みは、被保険者及び被扶養者に限ります。
- 施設入場券は、1枚500円になります。
- 施設入場券は、年齢に関係なく共通券となります。
- 施設入場券の枚数には制限があります。無くなり次第終了となりますのでご了承ください。
- 施設入場券には有効期限があります。利用予定年月日を必ずご記入ください。
- 施設入場券の発行後の返金及び交換は出来ません。
- 宿泊及び施設内で有料となるものは、別途料金が必要となります。
- ハワイアンズに宿泊の場合、滞在日数分の施設入場券が必要となります。
- ハワイアンズの宿泊は、利用者が直接ハワイアンズに申し込みください。
- 施設入場券代金は、請求書が届きましたら指定の口座に期日までに振り込んでください。

☆申込書提出先…健保組合保健事業課

(郵送の場合) 〒104-0032 東京都中央区八丁堀2-5-1

(FAXの場合) 03-3555-3956

組合受付