

ハワイ保養施設

イリカイ(コンドミニアム) 申込書

申込書送付先: インケアハワイ(株)

〒105-0013

東京都港区浜松町1-18-12山手ビル5号館4F

FAX 03-5470-8288

email db.voyaku@incarehawaii.co.jp

利用日	チェックイン 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		チェックアウト		泊	
注: チェックイン→月~金 08:30~16:00 土曜日午後・日曜日はできません。						
航空券	1. 自分で手配する。 手配済みの際は、便名をご記入ください				便名	往路
	2. インケアハワイ(株)に依頼する。				復路	
保険証記号	[漢字] 姓(Surname) / 名(Given name)		性別	利用者区分		
保険証番号	[ローマ字] *パスポート通りのスペルでご記入ください。		年齢(出発日)			
利用責任者						
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
同行者						
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
	漢字		男 女	被保険者・配偶者・被扶養者		
	ローマ字		歳	その他(続柄)		
合計 名 (大人 名 ・小人 名) 注: 小学生未満は小人、小学生以上から大人でカウントして下さい						
利用責任者	事業所名					
	電話番号	(事業所)	(自宅)	(携帯)		
	自宅住所	〒				
	E-mail					
	渡航中の連絡先※	(氏名)	(TEL)	(利用責任者との続柄)		

※渡航中の連絡先は、不測の事態に備えて緊急連絡先となりますので、利用者以外(日本にいる方)をご記入ください。

※保険証番号・記号は被保険者・被扶養者のみご記入下さい

【利用料金】 1泊 被保険者等→¥5000 その他→¥7000 (別途税金 17.96%加算) 未就学児無料

【キャンセル料】 旅行開始の前日より起算し30日~15日 利用料金の 50%

旅行開始の前日より起算し14日~当日 利用料金の100%

【利用料の振込み】 インケアハワイ(株)よりパンフレット及び請求書が利用責任者の自宅へ郵送されます。

利用料金をインケアハワイ(株)にお支払いください。

【取消・変更】 利用日の変更・利用人数の変更、取消については、インケアハワイ(株)へ必ずご連絡ください。

☆記入いただいた住所等の個人情報につきましては施設利用に関する書類の送付、申込内容の確認、施設への利用連絡以外の目的で使用することはありません。