

健保直営保養所「三菱重工薬科高原荘」利用申込書

申 込 代 表 者 (被 保 険 者 本 人 ま た は O B)

保険証記号		保険証番号		OBの方は○をつけてください	OB
事業所名 所属 (OBの方は、旧事業所名)					
フリガナ					
氏 名		日中のご連絡先	携 帯 :	-	-
			自宅または勤務先 :	-	-
住 所	〒				
「申込み結果回答書」の送付先 FAX番号 ※予約の決定については原則としてFAXにて連絡させていただきます。			FAX : - -		

申 込 内 容

利用希望日	第1希望	年 月 日 () ~		年 月 日 ()		宿泊数	泊
	第2希望	年 月 日 () ~		年 月 日 ()		宿泊数	泊

	保険証		OB ○をしてください	利用者氏名	年齢	続柄		保険証		OB ○をしてください	利用者氏名	年齢	続柄
	記号	番号						記号	番号				
利用代表者			OB		才		5			OB		才	
2			OB		才		6			OB		才	
3			OB		才		7			OB		才	
4			OB		才		8			OB		才	

【注】①当健保の加入者は、保険証の記号番号をご記入下さい。②申込人数が9人以上の場合は別紙を添付下さい。③連泊の途中で宿泊者数が変わる場合は下記の備考欄にご記入下さい。

到着予定時刻		時	分	・チェックイン 15時 ・チェックアウト 11時	交通手段	車(台) ・ 公共交通機関【送迎バス希望(有 ・ 無)】 ※送迎バス時刻表については薬科高原荘にお問い合わせください。
部屋の希望	洋室	室	和洋室	室	・各部屋の定員 洋室は2~3名、和洋室は4~5名です。 ・混雑状況によってはご希望に添えない場合もあります。	

食 事 (必要数を記入ください)

備 考 欄

利用日	朝食数	夕食	子供食
	/		

利 用 者 連 絡 先 (注) 申込者が同行しない場合は必ずご記入下さい。

フリガナ		連絡先		自宅	-	-
利用者氏名		電話番号		携 帯	-	-

予約受付開始日

- 被保険者の場合・・・利用日の2ヵ月前の同日(同日がない場合は月末日) から予約受付開始
- OBの場合・・・利用日の1ヵ月前の同日(同日がない場合は月末日) から予約受付開始

予約申込結果

●予約申込日の翌日までに原則としてFAXにてご回答致します。※回答が無い場合は保養所へ直接お問い合わせください。

【住所】三菱重工薬科高原荘

〒391-0301 長野県茅野市北山字南山栗平ヨリ三室大萱迄4035-2628 TEL : 0266-67-6760

施 設 担 当 者 記 入 欄

責任者	入 力	受 付	備考欄

◆【個人情報の取扱いについて】本個人情報は、保養所利用に関するご案内や事務作業にのみ利用します。