

# 直 営 保 養 所 利 用 申 込 書

※抽選申込の場合は第一希望のみの申込となります。

保養所名	オレンジドームゆがわら						ご利用する方を全てご記入ください								
							記号	番号	氏名(フリガナを付けてください)	性別	生年月日				
利用月日 <small>同一の月内において 第五希望まで 申し込めます。</small>	第一希望 月 日( )より 泊						1				男女	西暦	年	月	日
	第二希望 日( )より 泊						2				男女	西暦	年	月	日
	第三希望 日( )より 泊						3				男女	西暦	年	月	日
	第四希望 日( )より 泊						4				男女	西暦	年	月	日
	第五希望 日( )より 泊						4				男女	西暦	年	月	日
所属区分 <small>どちらか選んで ください。</small>	①東京都電機健康保険組合の被保険者または被扶養者						5				男女	西暦	年	月	日
	②資格喪失5年以内の方														
	③東京都電機企業年金基金受給者						6				男女	西暦	年	月	日
上記①・②の方			上記③の方												
健康保険の記号						番号	年金証書番号								
利用責任者名						7				男女	西暦	年	月	日	
・2泊希望の方は、連泊できない場合どうされますか？ ① 利用しない      ② _____月 _____日なら1泊でも利用 ・男女同室でも利用しますか？      利用する      しない						8				男女	西暦	年	月	日	
・男女同室でも利用しますか？      利用する      しない						9				男女	西暦	年	月	日	
連絡先	利用責任者電話番号(携帯番号) ( )						10				男女	西暦	年	月	日
	F A X ( )														
自宅住所 (利用通知書発送先となります)						大 人		子 供 (小 学 生)		幼 児	合 計	食 事 無 の 幼 児			
〒						男 性	女 性	男 性	女 性	3歳~未就学児				人	人
ご希望の日程がご利用可能でしたら、上記自宅住所に利用通知書を郵送いたします。 ご利用いただけない場合は、FAXまたはお電話(不在の場合は郵送)にてご連絡いたします。						組合使用欄	利	@	円	×	名	×	泊	=	¥
							用	@	円	×	名	×	泊	=	¥
							料	@	円	×	名	×	泊	=	¥

※ 申込時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます。

※ 該当箇所は、○でかこんでください。

※ 緊急時の連絡が取れるように「利用責任者電話番号(携帯番号)」は必ずご記入ください。

※ お申込みに係る個人情報については、各施設等の利用目的以外には使用いたしません。