

ハワイ保養施設

申込書送付先：インケアハワイ(株)

FAX：03-3454-1720

イリカイ(コンドミニアム)利用申込書

利用日	チェックイン		チェックアウト				泊		
	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
航空券	1 自分で手配する。————— 手配済の際は、便名をご記入ください —————>						便名	往路	
	2 組合指定航空便(成田⇄ホノルル)を利用する。*ホノルル空港⇄イリカイの送迎あり						便名	復路	
保険証記号口	[漢字] 姓(Surname)/名(Given name)				性別		利用者区分	備考	
保険証番号口	[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(出発日時点)				
	(利用責任者)				男 女		本人 家族 その他		
					歳				
					男 女		本人 家族 その他		
					歳				
					男 女		本人 家族 その他		
					歳				
					男 女		本人 家族 その他		
					歳				
					男 女		本人 家族 その他		
					歳				
					男 女		本人 家族 その他		
					歳				
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ください。									
利用責任者	事業所名								
	電話番号	(事業所)	(自宅)	(携帯)					
	自宅住所	〒							
	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の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。

【利用料金】 1泊1室 21,000円 (別途 税金として13.95%加算)

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

旅行開始日の前日より起算し14日～当日 利用料金の100%

【利用料の振り込み】 インケアハワイ(株)よりご利用案内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)にお支払い下さい。

【取消・変更】 利用日の変更・利用人数の変更、取消については必ずインケアハワイ(株)へご連絡下さい。

☆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。

※下記は記入しないでください。

予約番号		部屋番号	
------	--	------	--

電子回路健康保険組合