常務理事	事務長			扱　者

保養施設利用券交付･補助金申請書

利用年月日	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで　泊　日 予約 No.	
利用施設名	ラフォーレ倶楽部	(マリオット) 1. 伊豆マリオットホテル修善寺　2. 富士マリオットホテル山中湖 3. 軽井沢マリオットホテル　4. 琵琶湖マリオットホテル 5. 南紀白浜マリオットホテル　6. コートヤード･バイ･マリオット白馬 (ラフォーレ) 1. ホテルラフォーレ修善寺　2. ラフォーレ倶楽部 箱根強羅 湯の棲 3. ラフォーレ倶楽部 伊東温泉 湯の庭　4. ラフォーレ那須 5. ラフォーレ蔵王(クローズ中)
	その他	・東京マリオットホテル　・コートヤード･バイ･マリオット 新大阪ステーション ・ニュー･グリーンピア津南 ・民宿 山乃家　・ インケアハワイ 提携施設　名称(　　)

証記号番号	区　分	氏　　名	年 齢	性 別	補助金希望	※支給決定額
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
・	本・扶・家			男・女	する(　)泊　しない	円
				※健康保険組合補助金決定合計額		円

上記のとおり予約したいので利用券の交付を申請いたします。

令和　年　月　日

利用責任者(被保険者)　〒　－

住 所

氏 名　印

連絡先電話番号

勤務先事業所名

電子回路健康保険組合理事長 殿

受付年月日

注意事項及び記入方法

・この申請書は利用日より10日前までに必着のこと。
・※印欄は記入不要です。
・ご利用される施設を○印で囲んで下さい。提携施設をご利用の方は施設名をご記入ください。
・区分の本は本人、扶は被扶養者、家はその他の方です。該当箇所を○印で囲んで下さい。
・補助金希望欄は、希望事項を○印で囲み、(　)内に泊数を記入してください。(当組合加入者の方)