東京文具工業健康保険組合 宿泊補助申込書

**ＨＩＳ用**

令和 　　 年 　　月 　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 利用施設名 |  |
| 利用日 | 令 和　　　年　　　月　　　日（　　　）から　　　泊 |
| 事業所名 |  | 保険証の記号･番号 | ― |
| 利用代表者名 | (フリガナ) |
|  |
| 自宅住所 | 〒　 　　－ |
| 電話番号 | ※日中および緊急時にご連絡が取れる電話番号をご記入ください。☎　　　　　　　（　　　　　　　） |

※利用者全員(利用代表者･幼児のお子様も含む)の氏名等をご記入ください。記入欄が足りない場合は２枚に分けて記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証記号･番号 | 利 用 者 氏 名 | 性 別 | 年 齢 | 生 年 月 日 | 利 用 者 区 分 | 子供食の希望 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　 　年 　月　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　　 年 　 月　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　　 年 　月 　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　　 年 　 月　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　　 年 　 月 　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| ― |  | 男･女 |  | 大･昭･平・令　　 年 　 月 　 日 | 被保険者･被扶養者･その他 | 要・不要 |
| 備　　考 |  |

※旅行お申し込み後、上記に記入し、当組合までＦＡＸまたは郵送にてお申し込みください。申込書受付後、「組合受付印」を

　押印した利用券を利用代表者様宛に送付いたしますので、ご到着後はＨＩＳベネフィットデスクまでご送付ください。

※補助の対象者となる方は、被保険者と被扶養者のみです。

※補助対象商品はＨＩＳで取り扱いのある宿泊プラン、ＨＩＳ主催の宿泊付パッケージツアーに限ります。日帰りバスツアーや

海外旅行は対象外です。

〈利用券送付先〉

〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-33-8　サウスゲート新宿ビル9階

　 ＨＩＳベネフィットデスク

組合記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 次長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |  |

No.

【組合受付印】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 組合員 | その他 | 計 | 1人当たりの補助金＠　　 　　円 ×　 　人　 　泊＠　 　　　円 ×　　 人　　 泊 | 補助金合計円 |
| 利用人数 | 人 | 人 | 人 |
| 備　　　考 |  |

〒111-0053　東京都台東区浅草橋１－３－１４

東京文具工業健康保険組合　保健施設係　TEL：０３－３８６６－８６９４　FAX：０３－３８５１－３４３８

（記入いただいた住所等の個人情報につきましては、施設利用に関する資料の送付、申し込み内容の確認、施設への連絡以外の目的で使用することはありません。）