

## 東京文具工業健康保険組合 宿泊補助申込書

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		被保険者等記号・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。

被保険者等 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

組合記入欄						
常務理事	事務長	部長	次長	係長	係員	
No. _____						
	組合員	その他	計	1人当たりの補助金	補助金合計	【組合受付印】
利用人数	人	人	人	@ 円 × 人 泊	円	
備考				@ 円 × 人 泊		

〒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。)