

交付年月日	平成 年 月 日	部長	課長	係長	係
-------	----------	----	----	----	---

## JTB契約保養所利用申込書(利用連絡票)

利用責任者 (被保険者)	被保険者証 記号 一 番号	事業所名	被保険者氏名	(印)
	利用連絡票送付先	連絡先電話番号(日中連絡がとれる番号)		
	〒	(自宅・勤務先)		

**【補助対象外】**

インターネットでの予約・支払、旅物語、海外旅行、ツ&ツ、JALパック等他社商品 他

旅行申込店名	
--------	--

※JTB各支店、トラベランド店、総合提携店での申込分のみ有効です。

宿泊月日	泊数	宿泊施設名	宿泊人員		備考
			大人	小人	
月 日	泊				
月 日	泊				
月 日	泊				

※勤務先等他の機関より補助が出る場合は、その旨を備考欄に記入してください。

**利用者名簿**

※料金の発生しない方や補助対象外の組合員外の方は記入しないでください。

被保険者証 記号 一 番号	利用者氏名	性別	年齢	区分	宿泊料	泊数	支給決定	補助金額
—		男・女		被保険者 被扶養者	円		可・否	
—		男・女		被保険者 被扶養者	円		可・否	
—		男・女		被保険者 被扶養者	円		可・否	
—		男・女		被保険者 被扶養者	円		可・否	
—		男・女		被保険者 被扶養者	円		可・否	
合計					名	泊	※補助金額合計	

東京都中央区築地七丁目6番1号  
東京都報道事業健康保険組合 (印)  
TEL 03(6264)0131

**【申請方法】**

1. JTB各支店、トラベランド店、総合提携店にて予約確定後に必要事項記入・押印の上、**利用日の『10日前』までに報道健保に提出して下さい。(FAX不可)**
  - ・「利用責任者」は被保険者氏名を記入し、必ず捺印して下さい。
  - ・「旅行申込店名」は必ずご記入ください。
  - ・「利用者名簿」には、補助金の対象者のみご記入ください。料金の発生しない方や、補助対象外の組合員外の方は記入しないで下さい。
  - ・太枠内は記入しないで下さい。
2. 当健保で補助金額の記入、承認印を押印し、「利用連絡票送付先」へ返送します。
3. 当健保の承認印が押印されたものを旅行申込店へ提出し、記載されている補助金額を差し引いた金額をお支払い下さい。

※本申込書に記載された情報については、契約保養所利用手続きの目的以外には使用いたしません。

**JTB使用欄**

取扱支店名		発行日		補助金請求額	
-------	--	-----	--	--------	--