

決議		平成 年 月 日		
部(課)長	課長	支配人	係	利用案内書No.
				-

*利用料金・連絡事項等

箱根ごうら荘 利用申込書

平成 年 月 日

食事人数	人
------	---

利用責任者	被保険者証 記号-番号	—	事業所名	
	加入者番号 受給者番号	(—)	報道事業企業年金基金の加入者(健保未加入の者) 及び受給者の方のみ番号をご記載ください	
	氏名	フリガナ	連絡先 電話番号	() 自宅 勤務先
参加責任者 <small>(被保険者が利用しない場合)</small>	氏名	フリガナ	連絡先 電話番号	() 自宅 勤務先
利用案内書 送付先 及び 利用に関する 確認事項	送付方法	①郵送・自宅 / ②郵送・事業所 / ③FAX・自宅 / ④FAX・事業所		
	FAX 番号	〒	自宅 勤務先	箱根ごうら荘 □自動車()台 / □鉄道 / □バス への交通手段 □その他 ()

抽選申込みの方は ご記入ください
*連泊できない場合
<input type="checkbox"/> 1泊目希望
<input type="checkbox"/> 2泊目希望
<input type="checkbox"/> どちらでもよい
<input type="checkbox"/> 利用しない
*1組2名以下の場合
<input type="checkbox"/> 洋室希望
<input type="checkbox"/> 和室希望
*抽選のため、全ての要望 は添いかねます。

利用年月日	平成 年 月 日 () から	泊	到着 予定	午後	時頃		
	平成 年 月 日 () まで			(チェックイン午後2時から)			
利用者 内 訳		大人	小人 (4才~小学生)	幼児 (4才未満)	合計	利用者 総 数 名	
		男	女	男	女		
	被保険者						
	被扶養者						
	員外A(※1)						
員外B(※2)							

(※1) 員外A・・・被保険者の被扶養者でない 配偶者、子、孫、父、母、義父、義母、祖父母、義祖父、義祖母、子の配偶者、兄弟姉妹とその配偶者、配偶者の兄弟姉妹、孫の配偶者

(※2) 員外B・・・上記員外A以外の者

【報道事業企業年金基金の加入者(健保未加入の者)及び受給者の利用料は、特定日以外の平日については「員外A」でご利用になれます。】

【利用者名簿】 (利用者区分・性別は○で囲み、続柄・年齢等必ずご記入ください)

部屋番号	被保険者証 記号-番号 (加入者・受給者番号)	氏名	利用者区分	性別	続柄	年齢	備考
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				
	-		被保険者 員外A	男・女			
			被扶養者 員外B				

※申込書はFAXでも受付いたします。

FAX 0460(83)9533 報道健保「箱根ごうら荘」

◆本申込書に記載された情報については、直営保養所利用の目的以外には使用いたしません。

抽選受付No.	
---------	--