

常務理事	部長	課長	主任	担当者

契約保養施設利用申請書

令和 年 月 日

宿泊先	亀の井ホテル セラヴィリゾート泉郷 湯快リゾート 〔※いずれかに○を〕 してください		
利用年月日	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()		
利用代表者名	⑩	保険証 記号番号	—
事業所名		日中可能な 連絡先	()
住所 (利用券送付先)	〒 —		

保険証 記号番号	利用者名	性別	年齢	続柄	宿泊料金 (控除前の金額)
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円
		男・女			円

この欄は記入しないでください。	3,000円 × 名 = 円 ・ 2,000円 × 名 = 円
	補助総額 円