

事務長	係

責任者	係

## 「さざなみ荘」利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな (被保険者又はOBに限る)	印	事業所名
申込者氏名		部署
代表者の住所		電話 内線

〒 当日の緊急連絡先(携帯番号)  
〒

さざなみ荘 0470-44-0239 〒295-0004 千葉県南房総市千倉町瀬戸2980

利用期間 自 年 月 日 ( ) ~ 至 年 月 日 ( ) 泊 日

◎利用者名簿(3歳以下のお子様もご記入ください)					(イの場合、記入)		(食事不要の場合のみ×を)				
氏名	性別	年齢	資格	被保険者との続柄	上段:事業所名	泊数	1日目	2日目	2日目	3日目	健保:記入欄
					下段:保険証番号		夕食	朝食	夕食	朝食	
代表者	男女		イ.被保険者 ロ.被扶養者 ハ.2親等内 ニ.その他 ホ.OB	本人・友人 ( )	-	泊					イロ ハニ
2	男女		イ.被保険者 ロ.被扶養者 ハ.2親等内 ニ.その他 ホ.OB	本人・友人 ( )	-	泊					イロ ハニ
3	男女		イ.被保険者 ロ.被扶養者 ハ.2親等内 ニ.その他 ホ.OB	本人・友人 ( )	-	泊					イロ ハニ
4	男女		イ.被保険者 ロ.被扶養者 ハ.2親等内 ニ.その他 ホ.OB	本人・友人 ( )	-	泊					イロ ハニ
5	男女		イ.被保険者 ロ.被扶養者 ハ.2親等内 ニ.その他 ホ.OB	本人・友人 ( )	-	泊					イロ ハニ

\* 小3以下で寝具使用:有料 ( )名※3歳以下添い寝は無料 ※アレルギー食材の連絡直接保養所に☎して下さい

④チェックアウト後の施設利用は別途利用料をいただきます。

**特別許可願** [該当の記号を○で囲み、日付、署名、押印をしてください。Bの場合は、人数も記入してください。]

## 音羽健康保険組合 理事長 殿

- A. 今回、「資格ロ」の者の利用に際しては、私、被扶養者とも同行できません。利用者には利用のルールなどを事前に説明し、トラブルが起きないようにいたしますので、特別利用のご許可をお願いいたします。
- B. 今回、上記のように「資格ハ」の者を( )名同行いたしますが、利用のルールなどをよく説明し、トラブルが起きないようにいたしますので、特別許可のご許可をお願いいたします。

平成 年 月 日 (申込者氏名) 印

上記の特別利用を許可する 音羽健康保険組合 印

事業所・健保記入欄

「さざなみ荘」				事業所・健保記入欄						
イ	3,000円	泊	円	夕食	1,000円	食	利用日	夕食		朝食
ロ	4,500円	泊	円	朝食	500円	食		普通食	子供食	
ハ	6,500円	泊	円	子供食変更	500円	食	月	日	人	人
二(OB)	4,500円	泊	円	特別			月	日	人	人
小学3年 以下 寝具のみ	800円	泊	円	控除額計		円	月	日	人	人
合計	人	泊	円	合計		円	月	日	人	人

## 領 収 書

保険証記号番号

平成 年 月 日

¥

様

但し、利用期間( 月 日 ~ 月 日)  
直営保養所 (千倉「さざなみ荘」利用料金として)  
上記正に領収いたしました

音羽健康保険組合