

受付No.	
-------	--

# 東京ディズニーリゾート・コーポレートプログラム利用申請書

利用代表者氏名			
電話番号 ※平日9時～17時の間で連絡が取れる 番号のいずれかにご記入下さい。	自宅	—	—
	携帯	—	—
住所	〒 —		

・利用券を上記の住所に送付いたします。

## 利用者名簿 ※利用代表者を含む利用者全員の氏名等を必ずご記入ください。

保険証		利用者氏名	年齢	性別	利用者区分	利用予定日
記号	番号					
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
					被保険者 ・ 被扶養者	月 日
利用者人数					名	

- ・被保険者・被扶養者に1人につき、年度内に1回です。
- ・ご利用は、被保険者および4歳以上の被扶養者のみが対象となります。
- ・不正使用・転売行為が発覚した場合、補助金の返還請求いたします。  
また、今後のご利用ができなくなりますのでご注意ください。

〒 170 — 0004  
東京都豊島区北大塚2-34-22  
東京都洋菓子健康保険組合  
TEL : 03-3949-3001  
FAX : 03-3949-3005

受付年月日

個人情報の利用目的	この申請書により取得した個人情報は、東京ディズニーリゾート・コーポレートプログラム利用申請以外の目的で利用することはありません。
-----------	------------------------------------------------------------------