

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	洋菓子 太郎		
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	03 — ●●●● — ■■■■	
	携帯	090 — ■■■■ — ▲▲▲▲	
住所	〒 170 — 0004 東京都豊島区北大塚 2-2 2-3 4 ※会社宛に送付の場合は要会社名		

・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					
123	456	洋菓子 太郎	40	男	被保険者・被扶養者	8月1日
123	456	洋菓子 健子	40	女	被保険者・被扶養者	8月1日
123	456	洋菓子 一郎	10	男	被保険者・被扶養者	8月1日
123	456	洋菓子 二郎	5	男	被保険者・被扶養者	8月1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					4	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 2-3 4-2 2
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。
-----------	--