

※太枠内にご記入のうえ、利用日の1週間前までにご提出ください。

通知書送付先	住所	〒 ー
	氏名	様

〒 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

予約番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## リゾートトラスト補助金申請書（通知書）

代表者 保険証	記号		事業所名	
	番号		フリガナ	
			氏名	

住所  〔送付先と同じ〕 場合は同上	〒 ー	電話番号 ※平日9～17時に連絡可能な番号
		自宅 ー ー
		携帯 ー ー
		会社 ー ー

施設区分に○	エクシブ	利用施設名称
	リゾートピア	
	サンメンバーズリゾート	
	サンメンバーズシティ	
	ザ・ロッジ	
	ホテルトラスティ	

利用期間	泊数
年 月 日 ～ 年 月 日	泊

### 利用者名簿 ※組合員以外の方を含む利用者全員をご記入ください。

保険証 記号	保険証 番号	利用者氏名	性別	年齢	区分	支給 決定	備考	補助金額
			男・女		本・家・他	可・否		
			男・女		本・家・他	可・否		
			男・女		本・家・他	可・否		
			男・女		本・家・他	可・否		
			男・女		本・家・他	可・否		
			男・女		本・家・他	可・否		

※区分は、被保険者は「本」、被扶養者は「家」、組合員以外の方は「他」に○してください。  
 ※利用者人数が利用者名簿を超える場合は、コピーしてお使いください。

### 《注意事項》

- ・組合員以外の方のご利用は、補助金利用対象外となります。
- ・直前の申込み等でこの用紙がお手元に届かない場合、補助金利用対象外となります。
- ・キャンセルされる場合はホテルに連絡後、この用紙を当組合までご返送ください。  
 なお、返送いただけない場合は次回から補助金をご利用いただけません。

健 保 承 認 印	
-----------------------	--

※承認印無き場合は無効

個人情報の利用目的 この申込書により取得した個人情報は、リゾートトラスト施設の利用承認・利用補助以外の目的で利用することはありません。