

利用代表者 (日本航空健康保険組合・明電舎健康保険組合に加入の被保険者または被扶養者)									
記号 - 番号	—			所属健保名					
フリガナ				連絡先電話					
氏名				携帯電話					
				返信先FAX					
利用希望年月日	第1希望	平成	年	月	日	()	~	泊	
	第2希望	平成	年	月	日	()	~	泊	
利用人数	大人(中学生以上)	名	小人(4歳~小学生)	名	乳幼児(3歳以下)	名	合計	名	
部屋の希望	和室	室	洋室	室	部屋人数内訳	()	()	()	()
食事数	夕食		朝食	追加料理					
	通常食	こども食		(書ききれない場合は備考欄へご記入ください)					
1泊目	名	名	名	×					
2泊目	名	名	名	×					
到着予定時間	交通手段			×					
時 分頃	車	台	公共交通機関	×					
	その他()			×					
利用者氏名 (利用者全員記入) 加入区分: 7.日本航空健康保険組合、8.明電舎健康保険組合、6.その他									
保険証記号 - 番号	氏名			性別	年齢	宿泊数	加入区分(数字に○)		
—	1			男 女			7	8	6
—	2			男 女			7	8	6
—	3			男 女			7	8	6
—	4			男 女			7	8	6
—	5			男 女			7	8	6
—	6			男 女			7	8	6
—	7			男 女			7	8	6
—	8			男 女			7	8	6
備考欄									
事業所名 担当者名 電話 FAX									
保養所からの連絡事項									
<input type="checkbox"/> 受付致しました 受付日 _____ 担当者 _____									
※ 健康保険組合使用欄									