発信日	西暦　　年　　月　　日

①健保へ電話予約→　②記入し健保へ提出→　③健保承認済の本書を保養所受付へ提出

保養所利用申込書・通知書

●枠内を記入してください。
利用日の属する月の3ヶ月前の1日から、利用日の5日前（健保必着）までに提出してください。

利用責任者	会社名		所属	
	フリガナ		住所	
	氏　名			
	保険証 記号-番号	－（記号・番号）	電話番号	携帯・自宅

※内容確認、当日の緊急連絡等で使用することがあります。携帯のない場合は自宅等の連絡先を記入してください。

利用日	宿泊数	到着予定時刻
月　日		時　分頃

●利用者申込者本人、3歳以下の幼児も含め利用者全員を記入してください。

	利用者区分	被保険者証　記号－番号	利　用　者　氏　名	続柄	性別	年齢	幼児 食事寝具	所　属
1		－（記号・番号）			男・女			
2		－（記号・番号）			男・女			
3		－（記号・番号）			男・女			
4		－（記号・番号）			男・女			
5		－（記号・番号）			男・女			

※利用者区分…1. 被保険者
2. 被扶養者：東武健保非加入の配偶者と18歳未満子女を含む
3. その他　：被扶養者を除く3親等以内の親族ならびにその配偶者（OB、グループ会社含）

※ 3歳以下でも食事寝具を希望する場合は通常料金です。「幼児食事寝具欄」に○印を記入してください。

● 記入上の注意
□増料理、子供料理を希望の場合は、2日前までに保養所へ直接連絡してください。
□5人以上の利用は本紙を必要数コピーしてください。
□本申込書・通知書は、職場経由で返信します。

● 利用上の注意
□ 利用時間　　ﾁｪｯｸｲﾝ14時～、ﾁｪｯｸｱｳﾄ～10時　(18時までに到着出来ない時は、事前に保養所へご連絡ください)
□ 食事時間　　夕食：18時～20時、朝食7時30分～9時
□ 入浴時間　　15時～23時、6時～9時
□ ご用命・門限　　ご用命21時迄、門限22時
□ アメニティ　　室内…浴衣、ﾀｵﾙ、ﾊﾞｽﾀｵﾙ、ﾄﾞﾗｲﾔｰ　　浴室…ｼｬﾝﾌﾟｰ、ﾘﾝｽ、ｿｰﾌﾟ、ﾄﾞﾗｲﾔｰ

□ 申込み内容の変更・取り消しは、すみやかにお知らせください。
□ 年末年始は抽選となります。

□ 利用責任者は、皆さんが楽しく過ごせるようお願いします。
□ 利用範囲外への名義の賃借、記名者以外の利用は出来ません。
□ 貴重品は部屋の金庫に収納できます。
□ 風紀を乱す行為および他人の迷惑になるような行為は慎んでください。
□ 貸与物品、設備備品等を破損した場合は弁償願うことがあります。
□ その他、保養所係員の指示注意を守ってください。

担当	東武鉄道健康保険組合　〒130-0002　墨田区業平4-14-6 03-3621-5457（鉄電：74044）	健保受付
	鬼怒川保養所　日光市鬼怒川温泉大原1060 0288-77-0116（鉄電：74046）	
	社内便：鉄道本社気付　健康保険組合　保養所担当　宛	

※健康保険組合の承認印のないものは無効