

保養施設（セレーニア鴨川1003号室）利用申込書（通知書）

亀田総合病院健康保険組合

事業所名			
所在地	〒		
利用責任者 (被保険者)	部署		連絡電話 (内線)
	氏名	印	
	住所	〒 自宅TEL	
利用期日	宿泊	年 月 日 () 午後 時から 年 月 日 () 午前 時まで	
利用人員	男 名、女 名、小人 名、合計 名 寝具セット利用組数 組 × 1,000円 + 3,000円 = 円 (環境維持費)		

- [注] 1. 環境維持費3,000円と寝具セット（シーツ、ふとんカバー、枕カバー、バスタオル）の料金
1人1,000円を利用申込書に添えて、健保連絡事務室へ支払ってください。
2. 申し込みの取消し又は変更するときは3日前までにご連絡ください。
これ以降の場合は既に納付した費用が返還されないことがあります。

利用者				健康保険組合 利用確認印
利用者氏名	年齢	性別	区分（○で囲むこと）	
			被保険者・被扶養者・その他	
			被保険者・被扶養者・その他	
			被保険者・被扶養者・その他	
			被保険者・被扶養者・その他	
			被保険者・被扶養者・その他	

- 施設の利用にあたっては、この利用通知書を健保連絡事務室に提示し、ルームキーを受け取ってください。（ルームキーは利用日当日、又は前日の9時～16時までの間に受け取ってください。）
○利用心得を守って楽しくお過ごしください。退室されたらルームキーを健保連絡事務室にすみやかに
お返しく下さい。

この利用申込書により知り得た個人情報は、利用資格の確認・施設管理者への通知のみに使用するものとし、その他の目的には使用いたしません。
ただし、次に示すいずれかに該当する場合は、個人情報を開示することがあります。
①法令の規定により開示しなければならない場合
②利用者又はその他の人々の生命、健康、財産等の重大な利益を保護するために必要な場合