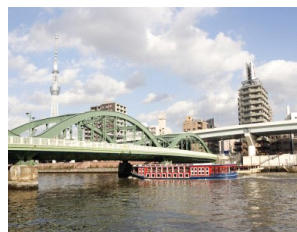


日帰りバスツアー【東京港クルージング(オリパラ施設視察)&都内散策】

のお知らせ

- ★ 実施日 令和1年11月17日(日)
- ★ 実施場所 東京港(オリパラ関連施設会場見学クルーズ)
東京ソラマチ(他 自由行動)
- ★ 参加資格 当健康保険組合の被保険者と被扶養者及びその家族(2親等内親族)ならびに健康保険組合が認めた者
- ★ 募集人員 300名 ※募集人員を超えたときは、申込書単位での抽選となります。
- ★ 募集コース

- ① 鴨川 8:00 出発(台数により集合場所を決定)
※君津IC付近での乗車希望はご相談ください
- 【②~⑤のコースは、それぞれ20名以上の希望があった場合のみ】
- ② 館山(安房地域医療センター) 8:00 出発
※ハイウェイオアシス富楽里での乗車希望はご相談ください
- ③ 幕張(幕張テクノガーデン) 8:30 出発
- ④ 亀田森の里病院 8:00 出発
- ⑤ 現地集合(日の出棧橋) 9:30 集合
※現地集合を希望の方は、バスでの移動がございますので、公共交通機関でお越しください。



- ★ 日程
- 9:30 東京都 日の出棧橋バス到着(予定)・現地集合コース合流
(※到着時刻は交通状況により前後する場合がございますのでご了承ください)
- ⇒ 10:00 日の出棧橋より乗船(東京港クルージング)
 - ⇒ 11:15 バス出発(東京ソラマチ駐車場へバスで移動)
 - ⇒ 12:00(予定) 東京ソラマチ団体バス駐車場着
自由行動(現地での移動、食事等は各自でお願いします)
(参加者の方には東京ソラマチのミールホン1,000円分を配布致します。)
 - ⇒ 16:45 東京ソラマチ団体バス駐車場に各自集合
※現地集合で参加された方は、自由行動後、各自解散となります。
 - 17:00 バス出発(各コースともバス出発場所へ)

- ★ 申込方法
- 右記の「参加申込書」に必要事項を記入後、参加料を添えて事業所の担当者、健保連絡事務室、健保組合のいずれかにお申込みください。

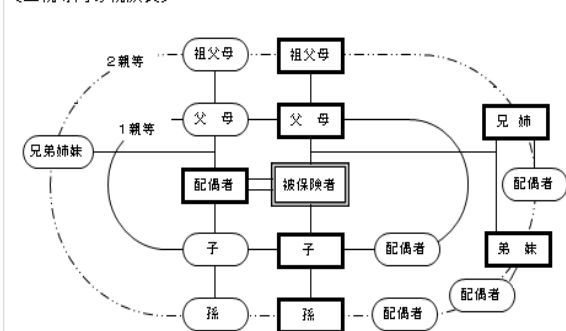
申込開始日: 令和1年8月20日(火)
申込締切日: 令和1年9月20日(金)

- ★ 参加料

区分	本人・家族
大人(中学生以上)	2,000円
小人(小学生以下)	1,000円

※家族は2親等内の親族とします。
※貸切バス、ミールホン(1,000円/1人)、旅行総合保険を含みます。

〔二親等内の親族表〕



- ★ その他

- 10月25日(金)16:00以降のキャンセルについては、参加料はお返しできません。
- 雨天でも実施します。(状況によりクルージングのみ中止の場合もございます。)
- 天災地変、運送・会場等のサービス提供の中止、官公署の命令、当初の運行計画によらない運送サービスの提供その他の当組合の関与し得ない事由が生じた場合において、旅行の安全かつ円滑な実施をはかるためやむを得ないときは、申込者にあらかじめ速やかに当該事由が当組合の関与し得ないものである理由及び当該事由との因果関係を説明して旅行日程等の内容を変更・中止することがあります。
ただし、緊急の場合においてやむを得ないときは変更後にご説明いたします。
また、これらの理由により変更・中止となった場合でも、参加料をお返しできません。
- 天災地変など当組合の関与し得ない事由についてのケガ等は補償できません。
(旅行総合保険適用部分については補償あり)

『日帰りバスツアー』参加申込書

申込代表者 (被保険者)	保険証記号・番号 —	氏名 Ⓜ
-----------------	---------------	---------

参加希望コース	<input type="checkbox"/> ① 鴨川 <input type="checkbox"/> ② 安房地域医療センター(館山) <input type="checkbox"/> ③ 幕張 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ④ 亀田森の里病院 <input type="checkbox"/> ⑤ 現地集合(日の出棧橋) <input type="checkbox"/> ※②~⑤コースは、希望者20名未満の場合、乗車場所の変更をお願いする場合があります
---------	---

※申込書ごとにグループとし、乗車バスを振り分けします。バスの同車両を希望する別グループがある場合は申込書をまとめて提出してください。(乗車人数の関係でご希望に添えない場合もございます)。乗車バス、座席の指定はできませんのでご了承ください。

	保険証記号・番号	区分	参加者氏名	被保険者との続柄	参加料
大人 (中学生以上)	—	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※扶養外家族の方は未記入	生年月日: 年 月 日		2,000円 × 名
	—	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※扶養外家族の方は未記入	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※扶養外家族の方は未記入	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※扶養外家族の方は未記入	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ※扶養外家族の方は未記入	生年月日: 年 月 日		
小人 (小学生以下)	—	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 扶養外家族	生年月日: 年 月 日		1,000円 × 名
	—	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 扶養外家族	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 扶養外家族	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 扶養外家族	生年月日: 年 月 日		
	—	<input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 扶養外家族	生年月日: 年 月 日		
合計					大人計 円 小人計 円

合計 名 円

参加者のうち、代表となる方の当日連絡先(必須) ※携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号をご記入願います。	氏名 TEL — —
--	---------------

参加料を添えて事業所の担当者、健保連絡事務室、健保組合のいずれかにお申込みください。

令和1年9月20日(金)16:00締切

この申込みにより知り得た個人情報は、バスツアーの運営にのみ使用するものとし、その他の目的には使用いたしません。
ただし、傷害保険加入に必要なため東武トップツアーズ株式会社に加入申込みの際、名簿を添付します。個人情報の第三者提供となりますので、停止を希望される方は健康保険組合までご連絡ください。 ※停止を希望された場合、傷害保険の対象外となります。