

※受付日

No.

契約保養所利用申請書・補助券

年 月 日

ニッセイ・ウェルス生命健康保険組合 印

保険証 記号番号		被保険者 氏 名	署名 または 印
所 属			
連絡先 電話番号	会社： 自宅： 携帯：	代表者 氏 名	

利用保養施設名	利用年月日
	年 月 日 (曜)
	泊 日
	年 月 日 (曜)

保 険 証 記 号 番 号	所 属	利 用 者 氏 名 (生 年 月 日)	性 別	年 齢	続 柄	区 分			※補助金額
						被 保 険 者	被 扶 養 者	そ の 他 同 居 非同居	
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =
		(年 月 日 生)	男 女						@ × 泊 =

(注)	合計 名	※ 補助額の合計	円
-----	------	----------	---

- ① ※印欄は記入しないで下さい。
- ② 本券はチェックインの際に、フロントに提出して下さい。料金は補助金額を差引いて精算されます。
- ③ 健康保険証の提示を求められる場合がありますので必ずご持参下さい。
- ④ 本券に記載されている人のほかは利用できません。
- ⑤ 利用料補助は1組合員につき **年度内5泊まで** になります。
- ⑥ キャンセルその他記載事項に変更があったときは、速やかに保養施設窓口へ必ず連絡して下さい。

※保養施設記入欄

利用料金合計	
健保宛請求額	