

予約No.

--	--	--	--	--	--	--	--

ホテル アナガ 利用申込書

サンヨー連合健保受付印

《送付期日》

**利用日の14日前までに
サンヨー連合健保 必着**

保養所名	ホテル アナガ		フリガナ 被保険者 氏名	
利用期間	年 月 日 (曜) から	加入健保	サンヨー ・ パナソニック ・ その他	
	年 月 日 (曜) まで	保 険 証 記号・番号	-	
利用人員	泊 日 _____ 室	自宅住所	〒 _____	
	男 人 ・ 女 人 ・ 家族数		_____	
備 考	※お食事、その他ご予約につきましては ホテルへ直接ご連絡をお願い致します。 ※キャンセルの際には必ずご連絡をお願いいたします 《ホテルアナガ》 TEL:0799-39-1111		連絡先 電話番号	【自宅】 _____ - _____ 【携帯】 _____ - _____
	【キャンセル料】 宿泊日20～4日前：料金の10% *団体(15名～)の場合30～4日前		事業所名 または OB会名	
	宿泊日3～1日前：料金の20%			
	宿泊当日：料金の80%			
無断不泊：料金の100%		電話番号 (外線)	_____ - _____	

利 用 者 名 簿

注意事項

- 1 幼児も含め、利用される方全員をご記入ください。
- 2 提出後、内容に変更が生じた場合は、すみやかに当健保組合にご連絡ください。(TEL06-6484-6775)

利用 責任者	区 分	氏 名	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	性別	年齢	続 柄	特 記 事 項

1:被保険者 2:被扶養者 9:その他一般
 利用責任者は「1」を記入してください。
 なお申込責任者と異なる場合は特記事項欄に氏名のフリガナと連絡先電話番号を記入してください。
 サンヨー健保・パナソニック健保に加入の方は、必ず記入してください。

※この申込書は、ホテルアナガの利用申込みに必要な書類として取り扱い、ホテルアナガの申込み目的以外には使用致しません。
 また、予約手続きのため、個人情報(利用責任者の氏名、電話番号)を含む宿泊に必要な情報については、当組合よりホテルアナガへ情報提供致します。ご了承いただきますようお願い致します。