

《この通知書は当日フロントにお出しください》

自動車振興会健康保険組合 保健事業課

# 箱根仙石荘利用申込書 兼 通知書

FAX:03-3442-7366

## ■注意事項

- \* 資格確認のため、組合員の方は必ず本人確認書類をお持ちください  
組合員と確認できない方は、その他料金となります
- \* 変更およびキャンセルの際は保健事業課(Tel03-3442-7213)までご連絡ください  
休日等により保健事業課と連絡が取れない場合は、箱根仙石荘(Tel0460-84-9101 休館日あり)へご連絡ください  
直前でどちらとも連絡が取れない場合はFaxまたはメール(✉ hokenjigyoku@js-kenpo.or.jp)でご連絡ください  
ご利用日の2日前からのキャンセルにつきましては**キャンセル料**が発生します(前々日:料金の50% 前日・当日:料金の100%)

**チェックインは  
《 15～18時 》 です**

|                   |   |       |   |        |   |                |
|-------------------|---|-------|---|--------|---|----------------|
| 利用日               | 令和 年 月 日 ( ) から 泊                       |       |   |        |   | 駐車場利用<br>[ ] 台 |
| 利用責任者             | (氏名・ふりがな)                               |       |   | (事業所名) |   |                |
|                   | (住所) 〒                                  |       |   |        |   |                |
|                   | (携帯番号または緊急連絡先)                          |       |   |        |   |                |
| 利用通知書<br>返信方法     | <input type="checkbox"/> FAX<br>(FAX番号) |       | <input type="checkbox"/> 郵送<br>(自宅・事業所) |        | 当健康保険組合は経費節減に努めています<br>郵送での返信をご希望の際は、申込書送付時に<br><b>切手を貼付した返信用封筒を同封くださるよう<br/>ご理解とご協力をお願いいたします</b> |                |
| 被保険者等<br>記号<br>番号 | 区分                                      | 宿泊者氏名 | 年齢                                      | 性別     | 食事  | 備考             |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |
|                   |   |       |   |        |   |                |

- ◆ 宿泊者全員の氏名をご記入ください
- ◆ 未就学児は無料(寝具・食事なし) ※寝具、食事を希望する場合は利用料金が発生します
- ◆ 小学生以下は子ども食も選べます(5,000円)
- ◆ 5名様以上でご利用の際は、申込書を2枚ご使用ください

※その他の方のみでのご利用は、ご紹介者を記入願います

|          |      |
|----------|------|
| 紹介者 事業所名 | 紹介者名 |
|          |      |

----- 以下、健康保険組合記入欄(記入しないでください) -----

| 通信欄                                     |             |            |           | 利用料金                |    |    |   |
|---|-------------|------------|-----------|---------------------|----|----|---|
| 本人<br>名 泊                               | 被扶養者<br>名 泊 | その他<br>名 泊 | 合計<br>名 泊 | 円×                  | 名× | 泊= | 円 |
| ■ 部屋数<br>_____ 部屋                       |             |            |           | 円×                  | 名× | 泊= | 円 |
| ■ 食事数<br>大人 _____ 食 子ども _____ 食 (1泊あたり) |             |            |           | 円×                  | 名× | 泊= | 円 |
| ■ 備考/連絡事項                               |             |            |           | (入湯税 150円× 名× 泊= 円) |    |    |   |
| 現地連絡 返送                                 |             |            |           | <b>利用料金合計 円</b>     |    |    |   |

ご記入いただいた個人情報は、施設利用に関する業務以外の目的で使用することはありません