一般

事業所記号番号

神奈川県機器健康保険組合　宛て
申込FAX　　045－641－3176

利用希望年度		年度

東京ディズニーリゾート コーポレートプログラム利用券申込書

	申 込 者 氏 名	記号番号	申込者資格		印刷番号
1			被保険者	被扶養者	
2			被保険者	被扶養者	
3			被保険者	被扶養者	
4			被保険者	被扶養者	
5			被保険者	被扶養者	
6			被保険者	被扶養者	
7			被保険者	被扶養者	
8			被保険者	被扶養者	

*印刷番号欄は健保組合が記入します。

*印刷番号欄に記載された番号の利用券をお渡しください

申込留意事項

申込者全員の氏名をご記入下さい。

申込書到着後10営業日以内に健保組合から事業所宛に随時お届けします。

特別利用券のご利用は年度内一人当たり1回です。

特別利用券には利用期限がありますので必ず利用希望年度をご記入ください。

（※利用は1年度ごと。4月から翌年3月末日までの利用が可能）

申込日　　年　　月　　日

申込事業所名

申込担当者氏名

〔お届け先〕（注）送付先は勤務先（加入事業所）となりますので、事業所のご住所をご記入ください。

（〒）

お届け先住所

事業所名

受取者氏名

（受取者氏名はお届け先事業所のご担当者様をご指定ください）

利 用 券 送 付 案 内（健保処理欄）			
申 込 受 領 日	発送枚数	発送日	処理担当