

任 繼

被保険者記号 5000

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	被保険者番号	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ご自宅宛に隨時お届けします。

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

被保険者氏名

お届け先

(〒)

お届け先住所ご連絡先

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