

保養(林間)施設利用承認申請書

利用施設名	
--------------	--

利用期間	平成	年	月	日	(曜日)	から		
	平成	年	月	日	(曜日)	まで	泊	日
利用人員	男	人	・	女	人	計	人	
氏名	年齢	性別	※注1 記号番号・整理番号		被扶の別	続柄	事業所名	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

※注1・・・健康保険証の事業所記号(7桁又は8桁の数字)をご記入ください

上記のとおり利用申請いたします

事業所所在地 〒

事業所名称

利用代表者

(印)

連絡先電話

()

うえの者は(一財)茨城県社会保険協会会員事業所の被保険者(被扶養者)であることを証明する			
平成	年	月	日
証明者	職名	氏名	(印)

一般財団法人茨城県社会保険協会長 殿

◎記入上の注意

1. 被保険者の資格証明は、事業主の証明を受けてください。
2. 返信用切手(封書用)を必ず同封してください。
3. 申請書は、利用希望日の10日前までに提出してください。

【申請書提出先】 〒310-0021 水戸市南町3-4-12 常陽海上ビル8階
 一般財団法人茨城県社会保険協会 TEL 029-226-8005