

# 保養(林間)施設利用承認申請書

利用施設名	
-------	--

利用期間	令和	年	月	日 ( 曜日 )	から			
	令和	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 丁

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
令和 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

- 被保険者の資格証明は、事業主の証明を受けてください。
- 返信用切手(封書用)を必ず同封してください。
- 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