

夏季プール利用補助のお知らせ

社会保険いばらき5月号に同封したチラシで夏季プール利用補助のお知らせをしましたが、「フォレスパ大子」についても利用補助を行うこととなりましたのお知らせいたします。ご家族や職場のお仲間たちとぜひご利用ください。なお、新型コロナウイルス感染症の状況によりましては、急きょ営業を中止または営業時間を短縮したり、施設の混雑状況によっては「入場制限」を実施する場合がありますので、ご利用の際には施設のホームページまたは直接施設へ連絡のうえご確認ください。皆様のご理解・ご協力をよろしくお願いいたします。また、補助券の申し込みをされる場合は、このページをコピーしていただくか、茨城県社会保険協会のホームページの『特典2 レジャー施設の利用案内』から印刷していただき、下記の「プール利用補助券申込書」に枚数・事業所名等をご記入のうえ、返信用封筒（切手貼付）を同封して、茨城県社会保険協会あて送付してください。なお、すでに久慈サンピア日立及びヒューナックアクアパーク水郷の補助券を申請（1施設20枚まで）されている場合は、フォレスパ大子のみ申し込みとなります。

施設名	所在地	補助券利用時の自己負担額	利用期間
久慈サンピア日立 スポーツセンター	日立市みなと町6-1 TEL0294-53-5300	大人（高校生以上） 100円	7月15日（土）～8月27日（日） 詳細は施設へお問合せ下さい
		小人（小・中学生） 無料	
		幼児 無料	
H-NAC ヒューナックアクアパーク水郷 （土浦市水郷プール）	土浦市大岩田601 TEL029-824-6432	大人（高校生以上） 800円	7月15日（土）～8月31日（木） 詳細は施設へお問合せ下さい
		小中学生 300円	
		幼児（4歳以上就学前） 100円	
フォレスパ大子	久慈郡大子町浅川2921 TEL0295-72-6100	大人（中学生以上） 700円	7月15日（土）～8月31日（木） 詳細は施設へお問合せ下さい
		小人（小学生） 400円	
		幼児（3歳以上6歳未満） 200円	

- 利用資格 一般財団法人茨城県社会保険協会会員事業所の被保険者とその家族。
- 申込方法 下記「プール利用補助券申込書」を作成のうえ、必ず返信用封筒（切手貼付）を同封して、一般財団法人茨城県社会保険協会へお申し込みください。折り返し「利用補助券」をお送りいたします。
- 申込期限 **令和5年8月18日まで（申込期限を過ぎてからの交付はいたしませんのでご注意ください）**
- 利用方法 ご利用の際は、プール受付で利用補助券と自己負担額をお支払いください。
- その他 ☆利用補助券は、1枚につき1名1回限り有効です。
☆施設ごとに利用者区分・自己負担額（大人・子供等）が異なりますのでご注意ください。
☆多くの会員事業所の皆さまにご利用いただけるよう、1事業所あたり利用施設ごとに20枚以内とさせていただきます。（必ず利用する枚数のお申し込みをお願いいたします。）
なお、すでに久慈サンピア日立及びヒューナックアクアパーク水郷プールの利用補助券（各20枚）の申し込みをされている場合は、フォレスパ大子のみ申し込みとなります。
☆久慈サンピア日立スポーツセンターのプールは震災後の改修により25mプール1基と幼児子供用プール1基の2基となり入場制限がかかる場合がありますのでご利用にあたってはご注意ください。
☆暴力団関係者や入れ墨・タトゥ（シールを含む）をされた方の入場は、お断りいたします。
なお、入場後に判明した場合は、すみやかに退場していただきます。
☆返信用封筒が同封されていない場合、記入漏れ等の不備があると発行が遅れることがありますのでご注意ください。
また、返信用切手が貼付されていない場合は、御社のご負担とさせていただきます。

返信用封筒の貼付切手の目安	10枚まで	30枚まで	60枚まで
注：長形3号（12×23.5cm）の封筒をご用意下さい。	84円	94円	140円

お申し込み・お問い合わせは

一般財団法人茨城県社会保険協会
〒310-0021 茨城県水戸市南町3丁目4番12号 常陽海上ビル8階
TEL 029 (226) 8005 <https://www.ibashaho.or.jp>

※社会保険協会の各種事業は、会員事業主様より納入いただいた会費により運営いたしております。

----- 切り取り線 -----

『プール』利用補助券申込書

利用施設	久慈サンピア日立	土浦市水郷プール	フォレスパ大子	合計
申込枚数	枚	枚	枚	枚

◎希望する施設の欄に枚数を記入してください。（すでに申込みをされている施設（1施設20枚まで）に再度の申込みはできません）

健康保険証の事業所番号（7桁または8桁の数字） ※健康保険証カードの氏名上に記載されている記号（数字）	
上記のとおり申し込みます。	令和 年 月 日
一般財団法人茨城県社会保険協会長 殿	
事業所所在地 〒	
事業所名称	
事業主名	
事業所電話番号	

※ご記入いただきました個人情報は、補助事業の運営のみに使用させていただきます。