

- 予 約
- 変 更
- 全面キャンセル

受 付 印	
	健保事務局

随 時 申 込 書

氏 名		社員番号		事業所名	
連絡先(必須)	TEL(必須)		FAX(必須)		
	E-mail		到着予定時刻		

利用期間	平成 年 月 日 より 平成 年 月 日 まで	宿 泊	泊 日
------	----------------------------	-----	-----

区分	部課名	社員番号	利用 者 名	申込者との 関係	年齢	利用人数他				備考(特別料理・宿泊等)
						区分	大人	子供	計	
						A				名
						B				
						C				
						計				
						部屋数			室	
						寝 具			名分	
						夕食(大人)			名分	
						夕食(子供)			名分	
						朝食(大人)			名分	
						朝食(子供)			名分	

*A 対象者:被保険者と被扶養者 *B 対象者:被保険者の3親等内親族(OBとその配偶者はBランク) *C 対象者:Aの知人の方(OB及び配偶者はBランク)

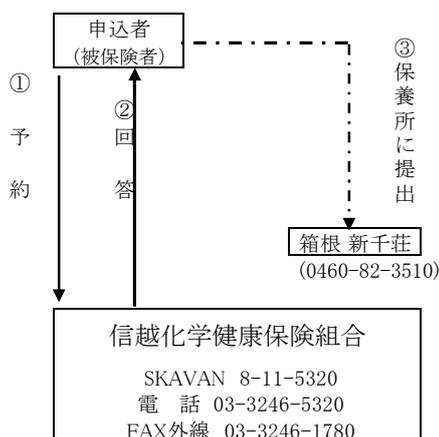
宿 泊

単位:円

利用料金(一泊二食)	A・B(大人)	A・B(子供)	C
宿 泊 料	2,375	2,225	5,375
朝 食	525	370	525
夕 食	2,100	1,365	2,100
計	5,000	3,960	8,000
入 湯 税	150	-	150
合計	5,150	3,960	8,150

*A・B(子供)とは、12歳以下(小学生まで)。寝具なしの未就学児童は宿泊料不要です。

【申込方法】



- ①予 約 :FAX 03-3246-1780
 - ・申込書提出:利用申込書に必要事項を記入の上、FAX で 8日前(土・日・祝日含まず)までにご提出ください。
- ②事務局回答:FAXにて行います。
 - ・申込内容に変更がある場合は利用日3営業日前までにFAXで 信越化学健康保険組合に連絡してください。
 - ・間に合わない場合は直接箱根 新千荘へ連絡して下さい。
- ③利用者は利用申込書を保養所にチェックイン時に 必ず提出してください。

特別料理(予約時に申し込んでください)

※キャンセル料の発生は2営業日前(休館日含まず)からです。
1人1泊につきお食事代全額(夕食+朝食+特別料理)