

契約保養施設補助申込書

年 月 日

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 あて

利用施設名	* 利用される施設に○をしてください。			
	箱根嶺南荘	サンポートみさき	やいづマリンパレス	鳴子やすらぎ荘
宿泊日	年 月 日 から 月 日まで (1泊のみ)			

郵便番号 〒 _____

事業所所在地 _____

事業所名 _____

事業所電話番号 _____

協会会員番号
(6 ケ タ) _____

連絡責任者氏名 _____

	利用者氏名 (中学生以上)	性別 (○をしてください)	年齢	健康保険証記号番号又は 厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号
1		男・女		
2		男・女		
3		男・女		
4		男・女		
5		男・女		
6		男・女		

* 社会保険協会証明欄

年 月 日

上記のとおり、相違ないことを証明いたします。

名分 円補助いたします。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会会長

印

*** 当協会で、証明印を押印したものを事業所宛に送付いたしますので、ご利用日に利用施設窓口に提出してください。**

*** 証明印のないものは無効です。**

- この申込書に記入された情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。
- お申込みは1事業所被保険者とその被扶養者(中学生以上)を併せて6名様までとさせていただきます。
- 協会会員番号は「社会保険かながわ」を送付している封筒の宛名、または「振替払込請求書兼受領証」に記載されています6ケタの番号です。
- 健康保険証記号番号又は厚生年金保険事業所整理記号被保険者番号欄は、事業所の記号番号(健康保険証の記号例:21140214-12又は厚生年金保険の事業所整理記号被保険者番号例:21AB-11)等を記入してください。

一般財団法人 神奈川県社会保険協会 FAX 045-662-8441