



事業所記号

被保険者番号

申込書等の「事業所記号」「被保険者番号」の欄には、健康保険証の「記号」「番号」の数字をご記入ください。

事業主主催のレストラン利用時、こちらの用紙を事前に申請いただくことにより健康保険証の呈示を省かせていただきます。利用当日は、組合の確認印が押された事前申請書のコピーを持参してください。

(記入例) 事業所単位での申請となります(任意継続の方は申請対象外です)。

健康保険証に記載されている「記号」をご記入ください。

健康保険証に記載されている「番号」をご記入ください。

外部の方についても、ご記入ください。

事業主印(丸印)もしくは社印(角印)+認印の押印が必要です。押印がない場合はお受けできません。

担当者の方と連絡の取れる電話番号をご記入ください。

確認印を押印した申請書を返送いたします。番号を必ずご記入ください。

予約内容をご記入ください。

関東ITソフトウェア健康保険組合 御中
 送信先 FAX 03-5925-5335

ご記入上の注意
 ・ 事業主印(丸印)、もしくは社印(角印)の押印が必要です。押印がない場合はお受けできません。
 ・ 複数の事業所をご利用の場合は、提出を個別にお願いします。
 ※ 事業所電話番号には、担当者ごとの連絡の取れる番号をご記入をお願いします。

事業所記号
 事業所名 コンビニ-ソフトウェア(株)
 事業主名 健保太郎
 事業所電話番号※ 〇〇-XXXX-△△△△
 近接ファックス番号 〇〇-△△△△-XXXX
 担当者氏名 関東花子

事業主印
 認印

ITSレストラン
 当日キャンセルは
 セン料としてお
 10名以上の申し
 入れ人数の半額以
 上された人にお
 お支払いただきま

ITSレストラン利用資格の事前確認書

下記の利用者は、当社の社員とその家族であることを証明いたします。

記

既紙「保養施設等の利用及びイベントにおける個人情報等の取り扱いについて」をお読みいただき、同意の上、氏名欄にご記入ください。

被保険者証番号	利用者氏名	利用者区分	<利用日> 8月6日(月)
23	1 健保太郎	④・扶・外	<利用時間>
30	2 関東花子	④・扶・外	18時30分から
32	3 加藤一郎	④・扶・外	20時30分まで
33	4 鈴木二郎	④・扶・外	<料理内容>
51	5 佐藤由美子	④・扶・外	会席料理 山王
55	6 井上のり子	④・扶・外	<利用施設名> ○をつけてください
	7 関東アイ子	被・扶・④	
	8	被・扶・外	
	9	被・扶・外	レストランテ アル・ファーロ 中国料理 桜草樓
	10	被・扶・外	(木部里亭) 一新

確認書

上記利用者は、当組合の被保険者及び被扶養者であることを確認いたしました。
 この確認書は、利用日に当該施設へご提出ください。
 ※健康保険組合の確認印が無い場合は無効となります。

平成 年 月 日
 関東ITソフトウェア健康保険組合 印
 (コピー用/A4サイズ) 2012.3

(他の事業所と合同で利用する場合)
 事業所ごとに申請し、余白部分に「 会社と合同」と記入してください。