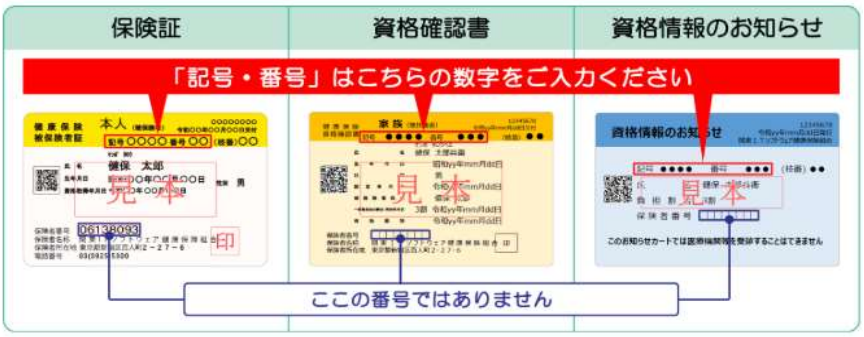

申込書等の「記号」「番号」の欄には、左の図を参照してご記入ください。

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保険証等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確認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。)

保険証等に記載されている「記号」をご記入ください。

事務担当者と連絡のと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。FAX番号を必ずご記入ください。

保険証等に記載されている「番号」をご記入ください。

外部の方の記入は不要です。

予約内容をご記入ください。

外部の方がいる場合は人数をご記入ください。

令和　　年　　月　　日

関東ＩＴソフトウェア健康保険組合　御中

送信先 FAX　０３－５９２５－５３３５

記　　号	○○○○
事　業　所　名	関東ＩＴ（株）
事　業　主　名	健保　太郎
事業所電話番号※	○○-××××-△△△△
返信先 FAX 番号	○○-△△△△-××××
利用代表者氏名（メンバーの方）	関東　花子
利用代表者電話番号	○○-△△××-××××
事務担当者氏名	健康　二郎
予約時の申込受付番号	０１２３４５６７

ご記入上の注意

・　複数の事業所でご利用の場合は、事業所単位で申請書の提出をお願いします。

※　事業所

をご記

ＩＴＳレ

・　当日キャンセルされた場合／人数分の利用代金を全額キャンセル料としてお支払いいただきます。

・　利用日の3

された場

５０％を

（桜華樓、

上の申し込

った場合に限ります）。

ＩＴＳレストラン利用資格の事前確認申請書

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

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

番　号	利用者氏名	資格確認（組合使用欄）	利用者区分
23	1.　健保　太郎		被・扶
24	2.　関東　花子		被・扶
30	3.　加藤　一郎		被・扶
35	4.　鈴木　二郎		被・扶
40	5.　佐藤　花見		被・扶
60	6.　健保　太郎		被・扶
	7.		被・扶
	8.		被・扶
	9.		被・扶
	10.		被・扶
	（組合使用欄）　資格確認メンバー　名		

＜利　用　日＞
７　月　１　日（　火　）

＜利　用　時　間＞
18　時　30　分　から２時間

＜コ　ー　ス　名＞
会席料理　木都里

＜利　用　人　数＞
メンバー　６　名
外　部　２　名

＜利用施設名＞
☑をつけてください
☐ リストランテ　アル・ファーロ
☐ 中国料理　桜華樓
☑ 木　都　里　亭
☐ 一　新

※（被）被保険者、（扶）被扶養者
※事前確認申請書は利用日の10日前を目途に送らせていただきます。

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。

令和　　年　　月　　日

関東ＩＴソフトウェア健康保険組合　㊞

（コピー可／Ａ４サイズ）2025.1

《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。