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	
事　業　主　名	
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）	
利用代表者電話番号	
事務担当者氏名	
予約時の申込受付番号	

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。

※　事業所電話番号には、事務担当者と連絡の取れる番号をご記入願います。

ＩＴＳレストランのキャンセル料について

・　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営業日前から１営業日前までに、キャンセルがされた場合／キャンセルされた人数分の利用代金の５０％をキャンセル料としてお支払いいただきます。（アル・ファーロ、桜華樓、木都里亭においては１０名以上の申し込みで予約人数の半数を超えるキャンセルがあ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	＜利　用　日＞ 月　　日（　　）
	1.		被・扶	＜利　用　時　間＞
	2.		被・扶	時　　分 から　時間
	3.		被・扶	＜コ　ー　ス　名＞
	4.		被・扶	
	5.		被・扶	＜利　用　人　数＞
	6.		被・扶	メンバー　　名 外　部　　名
	7.		被・扶	＜利用施設名＞ ☑をつけてください
	8.		被・扶	□ リストランテ　アル・ファーロ
	9.		被・扶	□ 中国料理 桜華樓 □ 木都里亭
	10.		被・扶	□ 鮨　一　新
	（組合使用欄）　資格確認メンバー　　名			

※（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