

# ITS契約オートキャンプ場補助申請書

広報誌トコトコまたは ITS ホームページを確認のうえお申し込みください。

## 【申込代表者情報】

保険証の記号 \_\_\_\_\_

保険証の番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

申込代表者名(カナ氏名) \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

\* 承認書を郵送で返送希望の場合のみ記入

施設名 \_\_\_\_\_

宿泊日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) ~ \_\_\_\_\_ 泊

※別紙「保養施設等の利用及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。

代表者及び同行する補助対象者を記入してください。補助対象者以外は記載の必要はありません。

保険証の記号	保険証の番号	カナ氏名	生年月日	性別	続柄
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)
			S・H・R 年 月 日	男女	本人(被保険者)・家族(被扶養者)

※補助支給対象者は、被保険者、4歳以上の被扶養者に限ります。

《申請書送付先》

関東 IT ソフトウェア健康保険組合

健康増進サービスセンター

郵送の場合 〒169-8516 東京都新宿区百人町 2-27-6

ファックスの場合 03-5925-5335

9名以上の場合は別の申請書に記入してください(2ページ目以降は申込代表者情報の記入は必要ありません)。その場合は欄外に枚/総枚数をご記入ください。

※保養施設・イベント等に関するお問い合わせは下記までお願いします。

健康増進サービスセンター

TEL 03-5925-5348 FAX 03-5925-5335

## 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

当組合の保養施設等の利用およびイベント参加につきましては、下記のように個人情報を取り扱います。

同意のうえお申し込みをお願いします。

### 1. 個人情報の利用目的について

お申し込みにあたり、ご記入いただく個人情報は、利用・参加に伴う資格確認、お申し込み多数の場合の抽選、通知等の発送、利用料の請求をする目的に利用いたします。

### 2. 業務の外部委託について

ご記入いただいた個人情報は、個人情報の取り扱いに関する覚書を締結のうえ外部に取り扱いを委託することがあります。

### 3. 個人情報の提供について

保養施設等を利用される場合および宿泊を伴うイベントに参加される場合は、宿泊施設における宿泊者への対応を円滑に行うためおよび消防法等の法令に基づく宿泊者名簿の保管のために、ご記入いただいた宿泊者に関するすべての個人情報を個人情報の取り扱いに関する覚書を締結のうえ、宿泊施設へ提供いたします。その他、法令に基づく場合を除き、ご本人の同意を得ず第三者に開示いたしません。

### 4. お申し込みの際に個人情報をご記入いただけない場合および同意いただけない場合は、保養施設等の利用及びイベントの参加はできませんのでご了承ください。

### 5. 個人情報開示等の問い合わせ

個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去又は第三者への提供の停止を求めることができます。下記の個人情報に関する問い合わせ窓口にご連絡ください。

#### 【お問い合わせ窓口】

関東ITソフトウェア健康保険組合

個人情報保護部門管理者 健康増進課長

TEL 03-5925-5301 FAX 03-5925-5311