

★申請書送付先★（利用申請はWEBでも手続き可能です。）

■郵送の場合

〒110-8639 東京都台東区東上野1-13-14
関東百貨店健康保険組合 保健施設課

■FAXの場合

03-3834-7493

WEB申請はこちら↓

*暗証番号は
保険者番号
となります。



施設係員

施設係員

関東百貨店健康保険組合 保養所利用申請書

(WEB申請可)

1. 「●保健事業における個人情報の取り扱いについて」を確認し、趣旨をご理解の上、申請する際、
右記同意欄内の「□」にレ点をご記入ください。
2. 予約番号、利用保養所、利用開始日、泊数、チェックイン予定時刻についてご記入ください。

同意欄

☐

予約番号	*抽選当選…結果通知の「予約内容」に記載 *電話予約…予約確認書の「予約内容」に掲載	利用保養所（抽選または電話でお申込された保養所にレ点をご記入ください。）
-	-	☐ 熱海とよさか ☐ 鬼怒川きぬがわ

利用開始日	年 月 日 曜日	泊数	泊	チェックイン 予定時刻	時 分 頃
-------	----------	----	---	----------------	-------

3. 利用代表者についてご記入ください。

記号	番号	氏名
書類 送付先 住所 勤務先に送付希望の方は、会社名等も記入が必要です	〒	連絡先 申請内容の確認の電話番号及び、利用開始日当日の電話番号をご記入ください。
事業所名		利用開始日 当日 () 申請内容確認 平日10:00～16:00 () FAX番号 ()

4. 利用者情報をご記入ください。代表者もこちらに必ずご記入ください。*当日宿泊される方全員の記入をお願いします。（未就学児含む）
*食物アレルギーをお持ちの方で、対応を希望される方は、備考欄に【○○アレルギーあり】とご記入をお願いします。
ご記入された場合、「食物アレルギーお伺いシート」をお送りさせていただきます。内容をご確認のうえ、WEB登録または書面に必要事項ご記入し、利用開始日の10日前までに健保組合にご提出ください。また、アレルギー以外に何かあれば備考欄にご記入ください。

備考													
	記号・番号 健康保険加入区分が「被保険者」「被扶養者」の場合、記入必須	利用者氏名 ※カタカナでご記入ください。	年齢	生年月日 ※西暦でご記入ください。	性別 該当する□にレ点を記入	健康保険 加入区分 該当する□にレ点を記入	保養所利用区分 該当する□にレ点を記入						
代表者	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 1人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 2人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 3人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 4人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 5人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 6人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			
同伴者 7人目	記号 番号		歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人 中学生以上	☐ 子供 小学生	☐ 幼児 食事あり	☐ 幼児 食事なし			

5. 利用日当日の該当する交通手段および保養所案内資料の送付について該当する□にレ点をご記入ください。

（保養所案内資料送付に「レ点」の記入がない場合、保養所案内資料を同封させていただきます。）

保養所までの交通手段 必ずレ点をご記入ください。	☐ 車 ☐ 最寄り駅まで電車 or バス	保養所案内資料送付 チェックイン時間や特別料理ご案内等を掲載	☐ 資料送付希望（利用明細書及び保養所案内郵送） ☐ 資料送付不要（利用明細書のみ郵送）
-----------------------------	---	--	---

6. 申請書を健保組合へFAXまたは郵送にてお送りください。申請書左上部に送付先の記載があります。
FAXで送信される方は、正しく送られていない場合がありますので、保健施設課まで受信確認のお電話をお願いします。
*健保組合にて受付後、申請書記載住所に「利用明細書」を郵送します。

健保組合記入欄（下記欄について申請者は記入しないでください）

区分	利用日	／			／			利用料金		／	／	健保組合受付印
	内 訳	男	女	合計	男	女	合計	加入員	円×	名	名	
大人	加入員								円×	名	名	
	員 外	名	名	名	名	名	名	員 外	円×	名	名	
子供	加入員	名	名	名	名	名	名		円×	名	名	
	員 外	名	名	名	名	名	名		4,000 円×	名	名	
幼児	食事有	名	名	名	名	名	名		1,500 円×	名	名	
	食事無	名	名	名	名	名	名					
合計		名			名			合計		宿泊数	泊	
部屋番号											円	

直営・契約施設等に関する届出用紙の利用にあたって

各種申請書または申込書を取り出して提出される個人情報の利用方法に際して、下記の内容に同意いただける場合は、各種申請書または申込書の同意欄に○印を記入のうえ、ご利用ください。

なお、同意いただけない場合は、組合事業への利用並びに参加することができません。

～保健事業における個人情報の取り扱いについて～

関東百貨店健康保険組合で行っている保健事業を利用される場合は、下記の事項に準じて個人情報を取扱っておりますので、ご承知おきください。なお、ご利用・参加の際は、同意の上お申し込みいただきますようお願いいたします。

1. 各種申請書または申込書に記載していただく個人情報については、利用する施設に関する事項または参加される組合事業において資格確認を行うためや、利用券等の送付等を行うことを目的に利用いたします。
2. 各種組合事業を利用されるにあたり、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、利用並びに参加することができませんので予め承知ください。
3. 個人情報は、機密保持契約を締結のうえ外部に委託する場合があります。
4. 宿泊を伴う施設を利用される場合、機密保持契約を締結の上、宿泊施設における宿泊者への対応を円滑に行うため、頂いた宿泊者の個人情報の一部（利用代表者名及び利用人数）を宿泊施設へ提供いたします。また、消防法等の法令に基づき宿泊者名簿の保管をいたします。
5. ご本人は、個人情報について利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去または第三者への提供を求めることが可能です、これらの要求については、下記の個人情報に関するお問い合わせ窓口にご連絡ください。

＜お問い合わせ窓口＞

関東百貨店健康保険組合

個人情報保護部門管理者 保健施設課長

T E L 0 3 - 3 8 3 3 - 6 1 4 4

関東百貨店健康保険組合 個人情報保護管理者 常務理事

関東百貨店健康保険組合 保養所利用申請書(2枚目)

1. 予約番号、利用保養所、利用開始日、泊数、チェックイン予定時刻についてご記入ください。													
予約番号 * 抽選当選…結果通知の「予約内容」に記載 * 電話予約…予約確認書の「予約内容」に掲載			利用保養所 (抽選または電話でお申込された保養所にレ点をご記入ください。)										
-			☐ 熱海とよさか					☐ 鬼怒川きぬがわ					
利用開始日		年 月 日 曜日				泊数		泊					
2. 利用代表者についてご記入ください。													
氏名													
事業所名													
3. 利用者情報をご記入ください。代表者もこちらに必ずご記入ください。*当日宿泊される方全員のご記入をお願いします。(未就学児含む) *食物アレルギーをお持ちの方で、対応を希望される方は、備考欄に【〇〇アレルギーあり】とご記入をお願いします。 ご記入された場合、「食物アレルギーお伺いシート」をお送りさせていただきます。内容をご確認のうえ、WEB登録または書面に必要事項ご記入し、利用開始日の10日前までに健保組合にご提出ください。また、アレルギー以外に何かあれば備考欄にご記入ください。													
	記号・番号 健康保険加入区分が「被保険者」「被扶養者」の場合、記入必須		利用者氏名 ※カタカナでご記入ください。		年齢	生年月日 ※西暦でご記入ください。		性別 該当する□にレ点を記入		健康保険加入区分 該当する□にレ点を記入		保養所利用区分 該当する□にレ点を記入	
同伴者 8人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 9人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 10人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 11人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 12人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 13人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				
同伴者 14人目	記号	番号			歳	年 月 日	☐ 男性 ☐ 女性	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 ☐ 員外	☐ 大人中学生以上 ☐ 子供小学生 ☐ 幼児食事あり ☐ 幼児食事なし				

<お問い合わせ先> 関東百貨店健康保険組合・保健施設課 TEL03-3833-6144 [平日10:00～16:00(年末年始除く)]

(PDF版・2024年12月改)

保養所のご利用は1組につき15名までとなります。
*2024年12月18日現在