

2017年度 東急ハーヴェストクラブ 補助金支給申請書 兼 利用承認書

申請先FAX番号

03-5413-5181 <フォーラムエンジニアリング健康保険組合>

サポートセンター仮予約日	年	月	日
補助金支給申請日	年	月	日

利用責任者 (被保険者)	所属拠点・部署名			
	氏名 ※自署	フリガナ	印	*東急ハーヴェストクラブ利用規定及び個人情報の取扱について同意をした署名を兼ねておりますので、必ず利用責任者の自署をお願い致します。
	健保届出住所	〒	— —	都・道・府・県
	*アパート・マンション名、号室も必ず記入してください。			
電話番号	自宅:	— —	携帯:	— —
	勤務先 (電話連絡可の場合) 【会社名			部署名
*日中ご連絡のとれる番号を大きくはっきり記入してください。				
E-mail (任意)	PC・携帯:	@		

予約施設名	予約部屋タイプ (VIALAの場合)	洋室 ・ 和洋室
利用日	年 月 日 () ~	泊 日

利用者内訳 <<利用責任者を含む>> ・ 補助金支給明細

被保険者証記号番号 <small>※員外者は記入不要</small>	氏名	続柄	性別	年齢 <small>(宿泊日時点)</small>	被保険者区分/同行者連絡先(必須)	補助金支給 対象外
—	利用責任者	本人	男・女	歳	被保険者	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
—			男・女	歳	被保険者区分: 被保険者・被扶養者・員外者 電話番号: — —	
利用者数	大人 (13歳以上) 名	小人 (4歳~12歳) 名	幼児 (3歳以下) 名	合計 名	ペット 【ペット専用レンタルケージ(別室)】 小・中型 匹/大型 匹	

***東急ハーヴェストクラブ利用規定* (一部抜粋)**

- 利用方法: ①利用責任者(被保険者)は、東急ハーヴェストクラブサポートセンターへ電話にて仮予約をしてください。(FAX・メールでの申込みは受付不可)
 ②仮予約後、本申請書に必要事項を記入し、申請期限までに当組合へFAX又は郵送にて宿泊補助金支給申請を行ってください。
 ③当組合の承認後、宿泊予定日1週間前までにサポートセンターより健保印の押印された利用承認書を利用責任者へ郵送いたします。
 ④利用責任者は、当日フロントへ必ず利用承認書を提出し当組合の被保険者証をご提示ください。未提出の場合、補助金支給不可。
- 宿泊申込期限: 利用日の2か月前から11日前的サポートセンター営業時間内まで(厳守)
 補助金申請期限: 仮予約完了日から3営業日以内(厳守)
 利用可能日数: 被保険者1人当たり、年間(4月1日から翌年3月31日までの間)3泊を限度といたします。
 キャンセル料: 全面取消や人数変更等によりキャンセル料が発生した場合は、補助金相当分も含め全額利用者負担となります。
 宿泊予約先: **東急ハーヴェストクラブサポートセンター**

TEL 050-5840-1402 <11:00~17:30/年末年始除く>

※利用規定の詳細及び保養施設利用における個人情報の取扱については、保養所のご案内に記載しています。利用責任者及び利用者は、必ず確認及び同意のうえ申込みをしてください。

署名欄

健康保険組合承認印※

※東急HVクラブ フロントで宿泊受付時に記入してください。
(事前に記入はしないでください)

※印なきものは補助金支給対象外