

決 裁	課 長	担 当
年 月 日決定		

契約遊園施設割引利用券申込書

被保険者証 組合員証	記 号	8 6 -	番 号	
利用施設 〔 () 内に利用枚数をご記入ください。〕	<input type="checkbox"/>	サンリオピューロランド	(枚)
	<input type="checkbox"/>	東京サマーランド	(枚)
	<input type="checkbox"/>	東武動物公園	(枚)
	<input type="checkbox"/>	マクセル アクアパーク品川	(枚)
	<input type="checkbox"/>	横浜・八景島シーパラダイス	(枚)
利 用 者 〔 東京都医師国民健康保険組合に加入している方の利用に限ります。〕	氏 名			年 齢
				歳
				歳
				歳
				歳
				歳
				歳
利用予定日	年 月 日			
利用券送付先	医療機関 ・ ご自宅			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 () 番</p> <p style="text-align: center;">東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>				

【注意事項】

- ・ 当組合の契約遊園施設を利用する場合、**郵送**または **FAX(03-3270-2979)**で申請してください。
- ・ 申請受付は、毎年4月1日から翌年2月末までになります。
- ・ 利用者欄に記載された人数分のみ利用券をお送りいたしますので、ご利用の方は必ず氏名をご記入ください。
- ・ 年度内1人2枚まで利用できます。

(処 理 印) (受 付 印)