

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 組合員証	記 号	86-001	番 号	1234
利用施設  ( ) 内に利用枚数をご記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/>	サンリオピューロランド	( 3 ) 枚	利用する施設に✓をつけ、必要枚数を記入してください。 利用する施設が複数ある場合は、✓を複数記入して構いません。ただし、年度内1人2枚までの利用になりますのでご注意ください。 例) 3人世帯の場合 →合計6枚まで割引券のご利用が可能です。
	<input type="checkbox"/>	東京サマーランド	( ) 枚	
	<input type="checkbox"/>	東武動物公園		
	<input type="checkbox"/>	マクセル アクアパーク		
	<input type="checkbox"/>	横浜・八景島シーパラダイス		
	<input type="checkbox"/>	西武園ゆうえんち	( ) 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	
	医師 太郎		〇〇 歳	
	医師 花子		〇〇 歳	
	医師 次郎		〇〇 歳	
			歳	
			歳	
割引券を利用する方のお名前をご記入ください。 なお、割引券の利用は東京都医師国民健康保険組合の加入者に限ります。				
利用予定日	〇〇〇〇年 〇月 〇日			
利用券送付先	医療機関 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ご自宅</span>			ご希望の送付先に○を付けてください。
上記のとおり申請します。 〇〇〇〇年 〇月 〇日 ← 記入日を記入してください。 組合員 住所 東京都中央区〇〇〇 1-1-1 氏名 医師 太郎 ← 組合員本人のお名前を記入してください。 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇番 東京都医師国民健康保険組合理事長殿				

### 【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。

ご確認ください。

( 処 理 印 ) ( 受 付 印 )