

決 裁	課 長	担 当
	年 月 日決定	

ご確認ください。

お申込み受理後、利用券発送まで 2 週間程お時間をいただく場合がございます（普通郵便で発送）。なお、速達対応および組合事務所での直接交付はいたしませんのでお時間に余裕をもってお申込みください。

また、紛失による再発行はいたしません。

記入例

## 東京ディズニーリゾート® コーポレートプログラム利用券（利用補助券）申込書

被保険者 組合員証	記 号	8 6 - 0 0 1	番 号	1 2 3 4
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です。）	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
				歳
利用予定日	〇〇〇〇年 〇月 〇日			
利用券送付先	医療機関 ・ <u>ご自宅</u>			

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。

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

電 話 0 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇番

FAX 0 3 (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】

- ・ 東京都医師国保組合の事務局宛に郵送または FAX (03-3270-2979) で申請してください。
- ・ 利用者欄に記載された人数分の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（当組合加入者に限る）。
- ・ 年度内 1 人 1 枚まで利用できます。
- ・ 申請受付は、毎年 4 月 1 日から同年 11 月末までです。
- ・ 配布上限に達し次第、受付終了とさせていただきます。
- ・ 利用券の有効期限は、毎年 4 月の交付日から、翌年 3 月末です。
- ・ 利用券は、東京都医師国保組合の加入者の方のみ利用できます。利用券の譲渡および転売は固くお断りいたします。不正な事実が判明した場合、次回以降発行いたしません。

ご確認ください。

（ 処 理 印 ） （ 受 付 印 ）