

利用申込書は、利用日当日に「むさしの村」フロントへご提出ください。

太枠内 ご記入ください。

むさしの村 利用申込書					
事業所名		保険証	記号	番号	
申込代表者 被保険者氏名		日中の連絡先 TEL			
申込書下部の注意事項を良くお読みください。					
利用プラン	通年プラン	利用日	令和	年	月 日
		利用人数			名
利用者欄	①	保険証 記号	番号	利用者氏名 (申込代表者も利用する場合は、代表者の氏名も記入)	保険証の区分(○で囲む) (3歳以上)※2歳以下は適用外
	②				被保険者・被扶養者 [3歳以上]
	③				被保険者・被扶養者 [3歳以上]
	④				被保険者・被扶養者 [3歳以上]
	⑤				被保険者・被扶養者 [3歳以上]
					(むさしの村 記入欄)
					助成合計金額
					円

※ 複数の被保険者が利用する場合でも、別々の申込書に記入せず、1枚の申込書に全員分ご記入ください。

※ 利用者数が5名以上の場合は、別の利用申込書にご記入ください。

<<注意事項>>

- ・利用申込書は、**事前にご記入いただき**、利用日当日にむさしの村フロントへご提出ください。
- ・利用者欄には助成対象となる方(当健保組合加入者)のみご記入ください。
- ・過去に遡って当健保組合の資格を喪失し、その資格喪失日以降に利用があった場合、発生した助成金を返金していただきます。
- ・記載事項に虚偽等がある場合は助成できません。

【個人情報のお取り扱いについて】

- (1)ご記入にいただきました個人情報は、助成事業のために利用させていただきます。
- (2)ご記入にいただきました個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ厳重に管理いたします。

<<問い合わせ先>>

埼玉県さいたま市浦和区高砂3-12-9
埼玉県農協健康保険組合 総務部 健康推進課
TEL:048-829-3141
プラン内容については、むさしの村へお問い合わせください。

(健保組合記入欄)	
健保組合助成額 (加入者一人当たり 年間3泊(3回)まで)	
利用者 (3歳以上)	人 円
令和 年 月 日	
埼玉県さいたま市浦和区高砂3-12-9 埼玉県農協健康保険組合	

健保組合 受付印	契約施設 受付印

同意書

私は、「むさしの村 利用申込書」の注意事項について了承します。また(1)過去に遡って当健保組合の資格を喪失し、その資格喪失日以降に利用があった場合、(2)申込書の記載内容に虚偽等があった場合、また不正に利用した場合、(3)契約保養施設年間限度額(一人当たり、年間3泊(3回))を超えての利用があった場合、発生した助成金を返金することに同意します。

署名欄 (申込代表者)	記入日	令和 年 月 日
	氏名	

利用申込書は、利用日当日に「むさしの村」フロントへご提出ください。

太枠内 ご記入ください。

むさしの村 利用申込書						
事業所名	〇〇農業協同組合			保険証	記号 9999	番号 8888
申込代表者 被保険者氏名	健保 太郎			押印不要	日中の連絡先 TEL	090-1234-56〇△
申込書下部の注意事項を良くお読みください。						
利用プラン	通年プラン			利用日	令和 5 年 9 月 23 日	
				利用人数	3 名	
利用者欄	保険証		利用者氏名 (申込代表者も利用する場合は、代表者の氏名も記入)	保険証の区分(○で囲む)		
	記号	番号		(3歳以上) ※		
① 利用者	9999	8888	健保 太郎	被保険者・被扶養者 [3歳以上]		
	(代表者が利用する場合はご記入ください。)					
	9999	8888	健保 花子	被保険者・被扶養者 [3歳以上]		
	9999	8888	健保 タロ子	被保険者・被扶養者 [3歳以上]		
				被保険者・被扶養者 [3歳以上]		
⑤				被保険者・被扶養者 [3歳以上]		
						(むさしの村 記入欄)
						助成合計金額
						円

※ 複数の被保険者が利用する場合でも、別々の申込書に記入せず、1枚の申込書に全員分ご記入ください。

※ 利用者数が5名以上の場合は、別の利用申込書にご記入ください。

<<注意事項>>

- ・利用申込書は、事前にご記入いただき、利用日当日にむさしの村フロントへご提出ください。
- ・利用者欄には助成対象となる方(当健保組合加入者)のみご記入ください。
- ・過去に遡って当健保組合の資格を喪失し、その資格喪失日以降に利用があった場合、発生した助成金を返金させていただきます。
- ・記載事項に虚偽等がある場合は助成できません。

【個人情報のお取り扱いについて】

- (1)ご記入にいただきました個人情報は、助成事業のために利用させていただきます。
- (2)ご記入にいただきました個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ厳重に管理いたします。

<<問い合わせ先>>

埼玉県さいたま市浦和区高砂3-12-9
埼玉県農協健康保険組合 総務部 健康推進課
TEL:048-829-3141
プラン内容については、むさしの村へお問い合わせください。

(健保組合記入欄)	
健保組合助成額 (加入者一人当たり 年間3泊(3回)まで)	
利用者 (3歳以上)	人 円
令和 年 月 日	
埼玉県さいたま市浦和区高砂3-12-9 埼玉県農協健康保険組合	

健保組合 受付印	契約施設 受付印
同意書ご確認の上、署名欄「記入日、氏名」をご記入ください。署名がない場合、利用補助を受けることはできません	

同意書			
私は、「むさしの村 利用申込書」の注意事項について了承します。また(1)過去に遡って当健保組合の資格を喪失し、その資格喪失日以降に利用があった場合、(2)申込書の記載内容に虚偽等があった場合、また不正に利用した場合、(3)契約保養施設年間限度額(一人当たり、年間3泊(3回))を超えての利用があった場合、発生した助成金を返金することに同意します。			
署名欄 (申込代表者)	記入日	令和 年 月 日	
	氏名		