

【 No.           】

健 保 組 合	常務理事	事務長	係員

令和    年    月    日

近畿日本鉄道健康保険組合 御中

### 都リゾート奥志摩アクアフォレスト利用券発行申請書

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL (       -       -       )

**宿泊日**    令和    年    月    日    曜日

※ 都リゾート奥志摩アクアフォレストに予約連絡をされた日を記入願います。令和    年    月    日

※ 添寝幼児がいる場合は添寝欄に『○』をご記入ください。

部屋区分	利用者氏名	年齢	被保険者 との続柄	添寝	利用者氏名	年齢	被保険者 との続柄	添寝
ビュート (最大3名/室) 部屋 (2名以上)								
和室 (最大5名/室) 部屋								
和洋室 (最大6名/室) 部屋 (3名以上)								
コテージ (最大5名/室) 部屋								

都リゾート奥志摩アクアフォレストを利用できる者の範囲は次のとおりです

- ① 被保険者、被扶養者、被扶養者でない配偶者
- ② 被保険者または被扶養者が同伴する被保険者の2親等内の親族およびその配偶者  
 ※ 2親等内親族とは、被保険者及びその配偶者の父母・祖父母・子・孫・兄弟姉妹をいい、伯（叔）父・伯（叔）母・甥・姪・従兄弟姉妹・知人等は利用できません。

-----  
切り取り線

### 都リゾート奥志摩アクアフォレスト利用券

【No.           】

発行日：令和    年    月    日

宿泊日    令和    年    月    日    曜日

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

利用者    名    添寝幼児    名    合計    名

近畿日本鉄道健康保険組合

※健康保険組合印なきものは無効