

様式第1号（第4条関係）

保養施設宿泊利用申込書
（小川町国民健康保険被保険者用）

利用施設名	(都道府県名)					
利用期間	年 月 日から		年 月 日まで		泊	
利用者名簿						
No.	被保険者証番号 ※1	利用者氏名 ※2	生年月日	住 所	性別	区分 ※3
1			年 月 日	小川町	男・女	大・小
2			年 月 日	小川町	男・女	大・小
3			年 月 日	小川町	男・女	大・小
4			年 月 日	小川町	男・女	大・小
5			年 月 日	小川町	男・女	大・小
6			年 月 日	小川町	男・女	大・小
7			年 月 日	小川町	男・女	大・小
8			年 月 日	小川町	男・女	大・小
9			年 月 日	小川町	男・女	大・小
10			年 月 日	小川町	男・女	大・小

上記のとおり保養施設を宿泊利用したいので、申し込みます。

年 月 日 ※4

小川町長 宛て

住 所 小川町

※5 代表者氏名

電 話 番 号

記入上の注意事項（保養施設利用パンフレットを御覧の上、お申し込みください。）

※1 被保険者証番号は、小川町の国民健康保険被保険者証の右上に表示されている6桁の番号です。左下に表示されている保険者番号(110510 又は 67110510)ではありませんので、お間違えのないよう御注意ください。

※2 利用者氏名は、被保険者証に表示されているとおりに記載してください。

※3 区分は、大人は中学生以上、小人は小学生以下です。該当の方に○印を付けてください。

※4 保養施設の予約完了後、宿泊日の30日前から10日前までの間に申し込んでください。

※5 代表者は、この利用者名簿の中から選定してください。

その他 ・ 次の方は御利用になれません。

①小川町国民健康保険に加入されていない方（宿泊日現在）②泊数制限を超える方（協定料金での利用は可能）③国民健康保険税に滞納がある世帯の方

・ 利用内容に取消し、又は変更が生じたときは、保養施設に連絡するとともに発行者の小川町へ必ず申し出てください。この手続きを行わなかった場合には、違約金を徴収されることがあります。