

# 休暇村 利用券

令和 年 月 日

被 保 険 者	事業所名		部 署	
	保険証の記号・番号	(記号) — (番号)	電 話 番 号	(日中連絡が取れる番号)
	氏 名		連絡便の宛先	
宿 泊 村 名	※本館/コテージのみ対象		宿 泊 日	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日)

利用者氏名	年齢	続柄	区分 ○記入	
			被保険者	被扶養者
人 数	名			

健康保険組合記入欄	
助成金@2,000×___人×___泊	
助成金 合計額	¥
J.フロント健康保険組合 印	

※J.フロント健康保険組合の押印ないものは無効

- 対象者 J.フロント健保の被保険者および4歳以上の被扶養者  
※ご家族は、J.フロント健保の被扶養者に限ります
- 補助金額 1人1泊 2,000円とし、当該年度(4/1~翌年3/31)、3泊を限度

## 手続き方法

宿 泊 前	1 利用者は休暇村の施設へ、電話や公式HPから直接予約をしてください 2 予約後に、この利用券に必要事項を記入し、利用日の2週間前までにFAXで、健保へ提出ください。 ※健康保険組合記入欄は記入しないでください 3 J.フロント健保で助成金額を記入し、押印のうえ、被保険者へ連絡便で送付します。
宿 泊 当 日	4 宿泊先で、チェックインの際に、利用券(押印有の本紙)を、フロントに提出ください。 利用料金から上記の助成金額を控除した金額で清算されます。 宿泊先で支払をしてください。(事前決済は対象外)

## 注意事項

- ・対象外となる場合
  - ①予約時に助成対象者であっても、宿泊日時点で当健保の資格を喪失している
  - ②期日日以降の利用券の申請
  - ③事前にサイト等で決済済み
- ・宿泊をキャンセル又は変更する場合は、施設及び健保組合へ必ず連絡してください。  
※キャンセル料発生時はご自身でお支払いください

〒569-8522 高槻市紺屋町2-1 J.フロント健康保険組合

TEL 072-684-8122 (内線7-32-535) FAX 072-684-8132(内線7-32-529)

◎本利用券に記載された個人情報については、利用手続きの目的以外には使用いたしません