

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申込書

事業所記号 _____

事務担当者名 _____

事業所名 _____

事業所TEL () _____

コーポレートプログラム利用券 合計 _____ 枚 申込みます。

*被保険者・被扶養者の**4歳以上**で料金のかかる方に限られます。

(利用日に当健保組合の被保険者及び被扶養者の資格を有していることが条件になります。)

*被保険者・被扶養者に**1人につき、1年度内に1枚が限度**です。

*希望の方**全員の名前**をご記入ください。年齢は、利用予定日時点です。

(申請者以外は、コーポレートプログラム利用券をご利用になれません。※譲渡された場合、当該利用券は無効となります。)

***購入日2週間前までにFAX又は郵送で申込み**をしてください。

(申込みが遅延したときは、当該利用券の発行には一切応じられません。)

※太枠内をご記入ください。利用券番号は健保組合で記入します。

利用券番号	番号	氏名	利用者区分	性別	年齢	利用予定日
	1		本人・被扶養者	男・女		月 日
	2		本人・被扶養者	男・女		月 日
	3		本人・被扶養者	男・女		月 日
	4		本人・被扶養者	男・女		月 日
	5		本人・被扶養者	男・女		月 日
	6		本人・被扶養者	男・女		月 日
	7		本人・被扶養者	男・女		月 日
	8		本人・被扶養者	男・女		月 日
	9		本人・被扶養者	男・女		月 日
	10		本人・被扶養者	男・女		月 日
	11		本人・被扶養者	男・女		月 日
	12		本人・被扶養者	男・女		月 日
	13		本人・被扶養者	男・女		月 日
	14		本人・被扶養者	男・女		月 日
	15		本人・被扶養者	男・女		月 日
	16		本人・被扶養者	男・女		月 日
	17		本人・被扶養者	男・女		月 日
	18		本人・被扶養者	男・女		月 日
	19		本人・被扶養者	男・女		月 日
	20		本人・被扶養者	男・女		月 日

以下の欄は、健保組合記入欄です。

事務担当者 様

コーポレートプログラム利用券 合計 _____ 枚 送付します。

受付印

*利用の際、被保険者証記号番号・事業所名・氏名を1人1枚必ずご記入ください。

◆株式会社オリエンタルランドの個人情報の取扱い◆

特別利用券に記入された個人情報は、株式会社オリエンタルランド運営のための事務手続きのみに利用し、第三者に提供することはありません。

TEL : 03-3242-5454 FAX : 03-3242-5303

通信機器産業健康保険組合

(2024.4.1)