ハワイ保養施設
イリカイ(コンドミニアム)宿泊利用申込書

申込書提出先 ： インケアハワイ㈱
FAX ： 03-5470-8288

（※注意事項）①下記の利用者リストと異なる人が利用された場合は、正規料金をお支払していただくとともに、今後、利用責任者の利用はお控えいただきます。
②電話予約完了以降に利用者区分が変更になる場合は、インケアハワイ㈱（03-5733-0881）までご連絡ください。

利用日	チェックイン　年　月　日 ～ チェックアウト　年　月　日	該当コースに○を付けてください	A ・ B ・ C
航空券	1　自分で手配する → 手配済の際は、便名をご記入ください → 便名 往路 / 復路 2　インケアハワイ㈱に手配を依頼する　（羽田・成田⇔ホノルルの国際便のみ対応）		

利用者リスト※2	保険証記号 / 保険証番号	[漢字] 姓(Surname)/名(Given name) [ローマ字]　*パスポート通りのスペルでご記入ください	生年月日	出発日時点の年齢 / 性別	利用者区分（下記利用料金表を参照してください）	備考
		（利用責任者）	年　月　日	歳 / 男　女	被保険者 / 被扶養者 / 一　般	
			年　月　日	歳 / 男　女	被保険者 / 被扶養者 / 一　般	
			年　月　日	歳 / 男　女	被保険者 / 被扶養者 / 一　般	
			年　月　日	歳 / 男　女	被保険者 / 被扶養者 / 一　般	
			年　月　日	歳 / 男　女	被保険者 / 被扶養者 / 一　般	

利用責任者		
	事業所名	
	電話番号	（勤務先）　（自宅）　（携帯） （平日日中のご連絡先）
	自宅住所	〒
	緊急時の連絡先※1	（氏名）　（電話番号）　（利用責任者との続柄）

※1 不測の事態等に備えての連絡先となりますので、**利用者リスト以外（日本国内居住者）**の方をご記入ください。

【利用料金表】 …1人1泊食事なし（小学生以上）

利用者区分	利用料金※3
被保険者	5,000円
被扶養者	
一般（上記以外）	7,000円

※2 小学生未満（未就学児）は無料ですが、上記の“利用者リスト”には氏名等をご記入ください。
※3 利用料金は上記の利用料金表にある金額のほか、ハワイ州（オアフ島）税及びホテル税がかかります。（各税率は、宿泊時のものを適用します。）

■ 以下は、記入しないでください。

予約番号		部屋番号		入力日	

東京化粧品健康保険組合

☆ご記入いただいた住所等の個人情報につきましては施設利用に関する書類の送付、申込内容の確認、施設への利用連絡以外の目的で使用することはありません。