

GLV健康保険組合加入の被保険者・被扶養者専用

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

■申込代表者

記号 - 番号	-	被保険者名	
日中連絡がとれる電話番号			
メールアドレス (※任意)			

- 利用券送付先 ※送付先が勤務先の場合は必ず送付先名に店舗名または部署名を記入してください。
※普通郵便でお送りいたしますので利用日の10日前までに申込書を提出してください。

送付先	自宅 ・ 勤務先	送付先名	
住所	〒 -		

今回の申込みで1回分の利用券をご希望の方は①に、2回分の利用券をご希望の方は①②に利用予定日を記入してください。
●利用券は年度内1人につき2枚迄となっています。利用予定日にご使用にならなかった利用券は申請年度の3月末まで利用可能です。

- 申込利用者 申込代表者を含め利用券をお使いになる方※について記入してください。
※GLV健康保険組合の保険証をお持ちの方のみ申請いただけます。

記号 - 番号	利用者氏名	続柄	利用予定日	
			①	②
-			年 月 日	年 月 日
-			年 月 日	年 月 日
-			年 月 日	年 月 日
-			年 月 日	年 月 日
-			年 月 日	年 月 日
-			年 月 日	年 月 日

利用券希望枚数	枚
---------	---

- GLV健康保険組合まで郵送またはFAXでお申込みください。

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト

GLV健康保険組合 FAX 03-5357-7348

※お手持ちの健康保険証の保険者名称を必ずご確認ください。GLV健康保険組合加入者のみご利用可能です。

健康保険組合記入欄

発券枚数	枚
利用券番号	
利用券発送日	
利用券送付先	自宅 ・ 勤務先

常務理事	事務長	担当者	担当者