

夏 季 保 養 施 設 案 内

1. 開設期間

平成22年7月1日～平成22年8月31日

2. 施設名

場 所	施 設 名
三 浦 海 岸 (神奈川県)	マホロバマインズ三浦
伊 豆 下 田 (静岡県)	下 田 ビ ュ ー ホ テ ル
南 房 総 千 倉 (千葉県)	夢 み さ き

※ 開設期間内の室数および定員は「平成22年度夏季保養施設一覧」をご覧ください。

3. 利用対象

当組合の組合員並びに被扶養者の方々です。ただし、施設に余裕がある場合で、組合員または被扶養者と同室（定員5名）での利用であればその他の方も利用できます。

4. 利用制限

抽選申し込み時の宿泊日数は2泊までです。ただし、施設に余裕がある場合は、利用日の2週間前から3泊までの利用を受け付けいたします。

5. 利用申込

保養施設利用申込書またはホームページにより、下記の申込締切日までに申し込みください。

なお、希望する日の申し込みが定員を超えた場合は、抽選により利用できる方を決定いたします。決定のお知らせは、下記の期日までに事業所の健保事務担当者あて、「利用決定通知書」によりご通知いたします。

なお、抽選に外れた方の通知は、省略させていただきますのでご了承願います。

〒101-8304 東京都千代田区神田駿河台1-7

出版健康保険組合 保健施設課

〒540-0012 大阪府大阪市中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F

出版健康保険組合 大阪支部

ホームページアドレス <http://www.phia.or.jp/>

利用月	申 込 締 切 日	利用決定通知
7 月 分	5月20日(木)	5 月 末 日
8 月 分	6月21日(月)	6 月 末 日

※ 利用申し込みは、週末に集中いたします。平日のご利用をお勧めいたします。

6. 申し込み締切後の利用受付

前記申し込み締切後の空き施設の問い合わせと申し込みの受付は、次のとおりです。

電話および窓口でお申し込みください。

7月利用分……………6月1日(火)から

8月利用分……………7月1日(木)から

なお、出版健保会館1階ロビーに設置してある「タッチ・ディスプレイ」および「ホームページ」、「携帯サイト」で空室状況をお知らせしておりますので、ご覧いただきご活用ください。

ホームページ <http://www.phia.or.jp/>

携帯サイト <http://www.phia.or.jp/k/>

7. 利用料

施 設 名	組 合 員 ・ 被 扶 養 者				左 記 以 外 の 方			
	1泊 2食付	1泊 夕食のみ	1泊 朝食のみ	宿 泊 のみ	1泊 2食付	1泊 夕食のみ	1泊 朝食のみ	宿 泊 のみ
マホロバマインズ三浦	円	円	円	円	円	円	円	円
下田ビューホテル	8,000	7,300	6,700	6,000	10,000	9,300	8,700	8,000
夢みさき								

※ 被保険者と同行する被扶養者となっていない配偶者・子・孫・両親は、被扶養者と同様の利用料とします。

8. 利用料の支払および利用連絡書の発行

- (1) 窓口で支払う場合……………利用日の10日前まで
- (2) 銀行振込・現金書留の場合……………利用日の15日前まで  
払込済証明書（銀行振込のみ）と利用予約決定通知書（抽選後の申し込みは利用申込書）をご送付ください。
- (3) 利用料の納入確認後、「利用連絡書」を発行・送付いたします。

9. 利用取消し・変更およびキャンセル料

利用の取消し、または利用内容を変更する場合は、利用開始日の7日前までにご連絡ください。それ以後の取消し、減員は次の料金を負担していただきます。

（7日前以後の取消しで、当組合が休日の場合に限り、直接現地にご連絡ください。）

- (1) 利用日の6日前から2日前……………減員1泊1名につき500円
- (2) 利用日の前日……………当該利用料の半額
- (3) 利用当日……………当該利用料の全額

## 10. 利用上の注意

- (1) 利用の際は、利用連絡書を保養施設フロントに提出してください。利用連絡書のない方は、利用できない場合がありますのでご注意ください。
- (2) 利用時間は、原則として午後3時から午前10時までです。(一部施設により異なる場合があります。)      チェックイン・チェックアウト、食事時間は必ず守ってください。なお、夕食をされない方も午後8時までにはチェックインしてください。      特に、早朝・深夜の到着は他の利用者等の迷惑となります。各施設の利用上の注意を守ってのご利用をお願いいたします。
- (3) 万一の発病、負傷にそなえて「健康保険被保険者証」を忘れずに携帯してください。
- (4) 夏季保養施設より、予約内容の確認のご連絡がいく場合がございます。

## 問い合わせ

保健施設課	TEL 03-3292-5004
大阪支部	TEL 06-6944-4300