

割引引換券申込書

事業所名		記号	
事業所在地	〒		
氏名		番号	

年 月 日

種 目	開 設 期 間	希 望 枚 数
遊 園 地	4月1日～3月31日	枚

キ
リ
ト
リ
セ
ン

ハーモニーランド割引券申込書

施設名	ハーモニーランド		
事業所名			
住 所	〒		
事業所電話番号	()		
氏 名 (被保険者)		記号	
		番号	
利 用 者	区 分	保険証番号	氏 名
①	本・家		
②	本・家		
③	本・家		
④	本・家		
⑤	本・家		

※本申込書をFAXまたは郵送でお申し込みください。

〒101-8304

東京都千代田区神田駿河台1-7

出版健康保険組合 保健施設部 保健施設課

TEL 03-3292-5004

FAX 03-3292-3186

〒540-0012

大阪府中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F

出版健康保険組合 大阪支部

TEL 06-6944-4300

FAX 06-6944-4309