

常務理事	事務長	担当者

利用日の10営業日前までにご提出ください

	利用施設名	利用年月日(曜日)	宿泊日数	プラン選択(紀州のみ)	備考
第1希望		令和 年 月 日 ( )	1 or 2 泊	素泊り or 1泊2食	
第2希望		令和 年 月 日 ( )	1 or 2 泊	素泊り or 1泊2食	
第3希望		令和 年 月 日 ( )	1 or 2 泊	素泊り or 1泊2食	

※は必須項目です。必ずご記入ください。事業所、事業部、所属は正式名称でご記入ください。

申込者	フリガナ ※氏名	⑨	※社員コード	
	※原籍会社名		※生年月日	昭和 年 月 日 平成
	※内線電話番号		厚生年金保険の 基礎年金番号	
	※日中の連絡先電話番号		加入者番号	
	※自宅電話番号		年金証書番号	
	※社内Eメールアドレス		@	
	※勤務先事業所	(事業所)	(事業部)	(所属)
	※利用券送付先 (〇で囲んでください)	勤務先事業所 or 自宅 (原則、勤務先事業所に送付します。受取が困難な方のみ、ご自宅へ送付します。) ※下記に利用券の送付先住所をご記入ください。 ( 〒 - )		

●申込者本人が利用する場合は「利用者の氏名」欄にも必ずご記入ください。また、小学生がいる場合は備考欄に「小学生」とご記入ください。

No.	利用者の氏名	性別	年齢	備考	加入者・受給者等の別 (〇で囲む)	家族等の続柄
1		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	
2		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	
3		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	
4		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	
5		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	
6		男 or 女	歳		加入者・被保険者・受給者・家族・その他	

利用上の諸規程を遵守いたすことで申し込みます。 令和 年 月 日

DIC企業年金基金 理事長 殿

受付印

(以下基金記入)

## 保養施設利用通知書

令和 年 月 日

様

DIC企業年金基金

下記のとおり利用予約のうえ、利用券をお送りいたしますのでご査収ください。

利用施設名	利用年月日	予約日	予約確認番号	利用券
	令和 年 月 日 ( ) 泊	/	No.	枚
予約プラン	利用料金	キャンセル料発生年月日		部屋数
		令和 年 月 日 ( )		室

※変更・取消し等が生じた場合は至急当基金あてに連絡のうえ利用券をご返送ください。

R6.4.1改訂