

# ハワイ保養施設 イリカイ(コンドミニアム)利用申込書

申込書送付先 **インケアハワイ(株)**

〒105-0013 東京都港区浜松町1-18-12山手ビル5号館4階

FAX 03-5470-8288

email ad.yoyaku@incarehawaii.co.jp

利用日	チェックイン	チェックアウト				コース
	20 年 月 日	~	20 年 月 日		金3 月4 金7 月7	
注: チェックイン→月~金 08:30~16:00 土曜日午後・日曜日はできません。						
航空券	1 自分で手配する。 <input type="checkbox"/> 手配済の際は、便名をご記入ください <input type="checkbox"/>				便名	往路
	2 インケアハワイ(株)に依頼する。(航空運賃等はインケアハワイ(株)にお問い合わせ下さい)					復路
保険証記号	上段 [ 漢字 ]	姓 (Surname)/名 (Given name)		性別	利用者区分	備考
保険証番号	下段 [ ローマ字 ]	*パスポート通りのスペルでご記入下さい		年齢(出発日時点)		
	(利用責任者)			男 女	被保険者 被扶養者	
				歳	その他	
				男 女	被保険者 被扶養者	
				歳	その他	
				男 女	被保険者 被扶養者	
				歳	その他	
				男 女	被保険者 被扶養者	
				歳	その他	
				男 女	被保険者 被扶養者	
				歳	その他	
合計	名 (大人 名・小人 名) (注)未就学児は小人、小学生以上から大人でカウントしてください。					
利用責任者	事業所名					
	電話番号	(事業所)	(自宅)	(携帯)		
	emailアドレス					
	自宅住所	〒				
	渡航中の連絡先※	(氏名)	(TEL)	(利用責任者との続柄)		

※渡航中の連絡先は、不測の事態に備えての緊急連絡先となりますので、利用者以外(日本にいる方)をご記入ください。

【利用料金】 利用者1人あたり1泊 被保険者・被扶養者→5,000円 その他→7,000円

(別途 税金として17.96%加算) 未就学児無料

【キャンセル料】 旅行開始日の前日より起算し30日~15日 利用料金の50%

旅行開始日の前日より起算し14日~当日 利用料金の100%

【利用料の振り込み】 インケアハワイ(株)よりご利用案内及び請求書が利用責任者の自宅へ郵送されます。

利用料金をインケアハワイ(株)にお支払い下さい。

【取消・変更】 利用日の変更・利用人数の変更、取消については必ずインケアハワイ(株)へご連絡下さい。

☆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。