

FAX : 0466-24-4500

※ご記入頂いた内容につきましては、補助券発行以外の目的には使用いたしません。

湘南勤労者福祉サービスセンター補助券等申請書

この用紙に、ご希望の内容、日程、対象者等をご記入のうえ、上記番号へFAXしてください。後日補助券等を記載のご住所へ郵送いたします。



財 団 記 入 欄	発券番号		取 扱 者
	発行日		
	発行者	公益財団法人湘南産業振興財団	

補 助 券 送 付 先	住 所	事業所・自宅・その他 ()
	連 絡 先 ☎	
	事 業 所 名	
	申 請 者 名	

1. ご希望の内容に、チェック (☑) してください。

<input type="checkbox"/> 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 (2,000 円)		
<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック補助券 <input type="checkbox"/> 一般健康診断補助券 <small>※いずれかをお選びください。</small>	<input type="checkbox"/> 藤沢市保健医療センター <input type="checkbox"/> 湘南中央病院 <input type="checkbox"/> 湘南藤沢徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 寒川病院 <input type="checkbox"/> 鈴木病院 <input type="checkbox"/> 京浜健診クリニック	<input type="checkbox"/> 藤沢総合健診センター (順天医院) <input type="checkbox"/> ライフメディカル健診プラザ <input type="checkbox"/> 茅ヶ崎徳洲会病院 <input type="checkbox"/> 湘南鎌倉総合病院 <input type="checkbox"/> 信愛クリニック <input type="checkbox"/> 神奈川県結核予防会
<input type="checkbox"/> 湘南第一病院 <input type="checkbox"/> 湘南慶育病院 <input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市立病院 <input type="checkbox"/> 大船中央病院 <input type="checkbox"/> 横浜東口クリニック <input type="checkbox"/> 進興会		
<input type="checkbox"/> クラブツーリズム日帰りバスツアー補助券 (1,500 円)	<input type="checkbox"/> ヨドバシ横浜営業所 (横浜市西区北幸 1-2-7 ヨドバシ横浜ビル 7 階) <small>※現金でお支払いの場合のみ適用となります (振込等不可)。</small>	

2. 受診日または旅行日をご記入ください。

年	月	日
---	---	---

3. 補助対象者 (健診 = 会員及び同居家族、TDR 利用券・クラブツーリズム補助券 = 会員のみ) をご記入ください。

	氏 名	性 別	生 年 月 日	区 分	会員番号	事 業 所 名
1		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
2		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
3		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
4		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
5		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
6		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
7		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		
8		男・女	T/S/H 年 月 日	会員・同居家族		

	人間ドック補助額	一般健康診断補助額	※医療機関へご予約時に必ず補助券を利用する旨をお伝えください。 ※補助券を他団体の制度と併用する場合は、医療機関により利用できないことがありますので、必ず事前に医療機関に利用可能かどうかを確認してからお申込みください。
会員 40 歳以上	11,000 円	2,000 円	
会員 40 歳未満	8,000 円		
同居家族	4,000 円	1,000 円	