

森林セラピー利用申込書（兼）利用券

太枠内をご記入ください

■実施場所 長野県 開田高原		■申込者氏名		■保険証の記号・番号 —		
■利用日 (自)令和 年 月 日 () (至)令和 年 月 日 ()				■利用料金		
■事業所名・所属部署				■連絡先電話番号		
利用者数		性別	1.被保険者 2.被扶養者 3.その他	保険証の記号・番号	続柄	補助金額 ※健保記入欄
No	利用者氏名					
1				—		
2				—		
3				—		
4				—		
5				—		
6				—		
7				—		
8				—		
9				—		
10				—		

■注意事項

- 補助額は1回のご利用につき**1人当たり3,000円**です。但し、補助額の合計は**森林セラピー利用料金が上限**となります。
- 補助対象者は当健保組合の**被保険者と被扶養者**に限ります。
- 補助制度をご利用頂くには、**木曾おんたけ健康ラボからのご予約**が必要です。
- 本券はご利用日の**10日前まで**に当健保組合にご提出ください。
- 補助回数は1人につき年度内(4月～翌年3月)**6回分**までとなります。
- 利用承認を受けた本券を料金精算時に**必ず森林セラピー実施団体にお渡しください**。
- 利用券発行後の変更やキャンセルについては、木曾おんたけ健康ラボまでご連絡ください。

<h2>利 用 承 認</h2> <p>令和 年 月 日</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 発券者印 </div>
補助金額 _____	
TOPPANグループ健康保険組合 ®	

森林セラピー実施団体確認印		

■送付先: メール又は社内便・郵送で送付ください。

【メール】 foresttherapy@toppankenpo.or.jp

【住所】 〒110-8560 東京都台東区台東1-5-1
TOPPANグループ健康保険組合「森林セラピー利用補助担当」宛

健保組合本部		
事務長	所属長	担当

森林セラピー利用申込書（兼）利用券

◆利用者が10名を超える場合の11名以降の名簿は、この用紙にご記入ください。

No	利用者氏名	性別	1.被保険者 2.被扶養者 3.その他	保険証の記号・番号	続柄	補助金額 ※健保記入欄
11				—		
12				—		
13				—		
14				—		
15				—		
16				—		
17				—		
18				—		
19				—		
20				—		
21				—		
22				—		
23				—		
24				—		
25				—		
26				—		
27				—		
28				—		
29				—		
30				—		
31				—		
32				—		
33				—		
34				—		
35				—		
36				—		
37				—		
38				—		
39				—		
40				—		