

# 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		■申込者氏名		■保険証の記号・番号	
信州信濃町 癒しの森				—	
■利用日		■コース・利用回数		■利用料金	
(自)令和    年    月    日 (    ) (至)令和    年    月    日 (    )		コース    回数 コースを選択して下さい			
■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	
No	利用者氏名			保険証の記号・番号	続柄
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、**しなの町Woods-LifeCommunity癒しの森受付からのご予約**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**必ず宿泊施設又は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、しなの町Woods-LifeCommunity癒しの森受付までご連絡ください。

利 用 承 認	令和    年    月    日
補助金額 <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> TOPPANグループ健康保険組合    ⑩	発券者印 <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>

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](mailto: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				—		