

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 福岡県 八女市		■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 ()		■事業所名		■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 ※その他の場合は無記入	オプション有無	補助金額 ※健保記入欄
No	利用者氏名					
1				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
2				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
3				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
4				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
5				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
6				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
7				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
8				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
9				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	
10				—	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 癒 <input type="checkbox"/> セ <input type="checkbox"/> 花	

■追加オプション一覧 オプションを追加する場合には、上記の利用者欄のオプション有無にチェックをつけてください。
ア：アロマ体験・制作 癒：森の癒し弁当 セ：セラピーランチ 花：花かごランチ

■注意事項

- 補助額は1回のご利用につき実費を上限に**1人当たり3,000円**です。
- 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、**グリーンピア八女へのご予約**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**必ずグリーンピア八女にお渡しください**。
- 利用券発行後の変更やキャンセルについては、グリーンピア八女までご連絡ください。

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

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				—		