

◆有効期間 平成25年3月31日

平成24年度 保健施設利用券	
助成金額	3,000円
利用施設名	
利用年月日	平成 年 月 日
所属所名	見
組合員証番号	
組合員氏名	本
利用者氏名	続柄
発行者	〒400-8587 甲府市蓬沢一丁目15番35号 自治会館内 山梨県市町村職員共済組合 TEL 055-232-7311

- ① 利用される施設名（裏面参照）を記入してください。
- ② 利用日を記入してください。
- ③ 所属所名（市町村・一部事務組合名）を記入してください。
- ④ 組合員証に記載されている記号・番号を記入してください。
- ⑤ 組合員の氏名を記入してください。
- ⑥ 組合員が利用する場合は組合員氏名を、被扶養者の場合は、利用される方の氏名を記入してください。

- ⑧ 1. 各施設を利用する場合は本券に必ずすべて記入をし提出して下さい。その際に、「組合員証」または「組合員被扶養者証」を提示して下さい。
2. 本券の利用できる施設は本県のホテルやまなみ他各都道府県市町村（各都市）職員共済組合施設及び裏面施設です。