



## 大阪薬業健康保険組合にご加入の皆様へ スポーツクラブジョイフィット法人会員利用のご案内

### 【利用資格】

大阪薬業健康保険組合の被保険者さま及び被扶養者さま（16 歳以上）

### 【利用可能施設】

- スポーツクラブジョイフィット「JOYFIT」
- 24 時間型フィットネス「JOYFIT24」
- 女性専用ヨガスタジオ「JOYFIT YOGA」

### 【利用料金】

- 月会費 6578 円（税込）
- 入会金 550 円（税込）

入会金は初回登録時に月会費と合算で請求。入会手続き時に現金でのお支払いはございません。

毎月 27 日に個人の口座からお引き落とし

**初回のお引き落としは入会金と月会費 2 カ月分（初月と次月）を合算でお引き落としとなります。月会費の日割りはございません。⇒ご入会は月初がおおすすめです。**

### 【入会について】

入会時に必要な持ち物

- 印鑑（お届け印）
- キャッシュカード
- ご本人様確認書類（＊現住所の記載のある免許証など）
- **当組合の承認印が押印された法人会員証明書（健康保険組合にて事前に取得ください）**

（ご本人様確認の為、入会手続き時に写真撮影がございます）

各施設によりスタッフ常駐時間が違う場合がございますので、事前に入会受付時間をお問い合わせください。



↑ JOYFIT 店舗検索 QR コード

【オリエンテーションに必要な持ち物】

株式会社 H3 法人担当 浜本 康司

### 連絡先

電話番号:

080-9305-4886

メール:

[hama@h3jf.co.jp](mailto:hama@h3jf.co.jp)

入会手続き後にご利用を開始する場合は初回オリエンテーション（館内利用の注意点などの説明やマシン指導）を受講して頂きます。

- 運動出来る上下のウェア
- 室内用運動靴
- 汗拭き用のタオル
- 水分補給用のお水

注)オリエンテーションは館内利用前に必ず受講頂いております。

【すでに会員の方が法人会員変更時に必要な持ち物】

- 印鑑（お届け印）
- キャッシュカード
- ご本人様確認書類（＊現住所の記載のある免許証など）
- 法人会員証明書

（ご本人様確認の為、入会手続き時に写真撮影がございます）

すでに会員の方が法人会員に変更する際は、一旦現会員を退会手続き後に再度法人会員で入会手続きが必要となります。

おそれいりますが、上記持ち物をご持参の上、店舗にて手続きください。

【よくあるご質問】

・クレジットカード払い出来る？

**ご入会後にクレジットカード払いに変更は可能です。クレジットカード入会の場合はクレジットカード会社の締め日に合わせてご請求となります。ご入会時はキャッシュカードが必要となりますのでご了承ください。**

・全国相互利用は本当に全部使える？

JOYFiT+（EMS トレーニングのパーソナルスタジオ）を除く全ての JOYFiT をご利用頂けます。

・各クラブの有料エリアは使える？

→ホットスタジオなどの有料エリアも無料でご利用頂けます。

・利用回数の多い店舗に移籍になる？

→利用回数と利用時間などを 2 カ月間計測し 1 番ご利用時間の多い店舗に移籍になる仕組みです。その際は通知をもってお知らせします。

移籍になった場合も月会費の変動はございませんが、もし退会手続きをされる際は現在の所属店舗でのお手続きとなりますのでご注意ください。

・家族も入会できる？

→16 才以上の扶養家族もご入会可能です。（高校生の場合は親権者同伴でご入会手続きとなります。詳しくは店舗までお問い合わせください。）

# JOYFiT法人会員証明書

◎太枠内をボールペンで記入し、健康保険組合までご提出ください。

◎**個人情報について必ず□に✓を記入してください。**（同意いただかない場合は申込みできません）

○**承認欄に健康保険組合の確認印を押印し、ご返送します。**

○本紙の有効期限は承認された発行日より1カ月となります。

（承認担当者が記入）発行日 年 月 日

|              |                                                                                                                                                                |  |    |       |                  |       |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|-------|------------------|-------|
| 契約法人名        | 大阪薬業健康保険組合                                                                                                                                                     |  |    | 法人番号  | 9820002089       |       |
| 事業所名         |                                                                                                                                                                |  |    |       |                  |       |
| 健康保険証        | 記号                                                                                                                                                             |  | 番号 |       | 利用開始日<br>(店舗で記入) | 年 月 日 |
| 被保険者氏名       |                                                                                                                                                                |  |    | 申込者続柄 | 本人 ・ 被扶養者        |       |
| フリガナ         |                                                                                                                                                                |  |    |       |                  |       |
| 申込者氏名        |                                                                                                                                                                |  |    |       |                  |       |
| 生年月日         | 昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)                                                                                                                                            |  |    |       |                  |       |
| ご住所          | 〒 — —                                                                                                                                                          |  |    |       |                  |       |
| 電話番号         | — —                                                                                                                                                            |  |    |       |                  |       |
| 緊急連絡先        | — —                                                                                                                                                            |  |    |       |                  |       |
| E-MAILアドレス   | @                                                                                                                                                              |  |    |       |                  |       |
| 個人情報<br>について | 1.株式会社ウェルネスフロンティアより毎月の利用者の情報が当健保組合に提供されます。<br>2.提供された利用者の情報から当健保組合において確認し、被保険者資格を喪失している場合は株式会社ウェルネスフロンティアに情報提供します。<br><input type="checkbox"/> 上記、取り扱うことに同意します |  |    |       |                  |       |

|      |                                                                                        |                   |   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|
| 承認欄  | 上記の申込者が被保険者又は被扶養者（16歳以上）であり、申込内容に間違いがないことを確認しました。                                      |                   |   |
|      | 〒540-0037 大阪府大阪市中央区内平野町3-2-5<br><b>大阪薬業健康保険組合</b><br>TEL 06-6941-5002 FAX 06-6942-9582 | 健康保険<br>組合<br>承認印 | 印 |
| 会員制度 | 月会費制度 <b>6,578円（税込）</b> 入会金 <b>550円（税込）</b><br>* 初回の引き落としは入会金+初月会費+次月会費の合算となります。       |                   |   |

## <利用手続き>

◎初回は利用希望店舗の入会受付時間を確認したうえで直接店舗へ下記持ち物をご持参の上お手続きください。

- ・承認印済みのJOYFiT法人会員証明書（発行日から1カ月以内の本紙）
- ・健康保険証（又は住所記載のあるご本人様確認書類）
- ・申込者名義のキャッシュカード
- ・お届け印（シャチハタ不可）