

スポーツクラブジョイフィット法人会員利用のご案内

詳しくは健康保険組合HP内「JOYFIT24」アイコンをクリックしプロモーションコード申請書をダウンロードください



【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「JOYFITYOGA」

【利用料金】

● 月会費 6,578 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。⇒ご入会は月初がおすすめです。

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。

【よくあるご質問】

- ・クレジットカード支払いだけですか? クレジットカード入会のみでのお手続きとなります。
- ・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。)

「JOYFiT法人会員プロモーションコード」発行申請書

JOYFiTへの入会につきましては、株式会社ヤマウチと大阪薬業健康保険組合の間 で次のように個人情報を取り扱います。同意の上お申し込みをお願いします。

- 1. 株式会社ヤマウチより毎月の利用者の情報が当健保組合に提供されます。
- 2. 提供された利用者の情報から当健保組合においての資格を確認し、喪失している場合はその旨を 株式会社 ウェルネスフロンティアに提供します。

□上記取り扱いを行うことに同意します。(□に√を記入してください)

*同意いただけない場合は申込できません

| 被保険者に | ついて記入 | してください |
|-------|-------|--------|
|-------|-------|--------|

| KIND DV. C | | . 1722 | | | | | |
|---------------|----|--------|-----------|----------|---|---|---|
| 保険証の 記号・番号 | 記号 | | 氏名 (被保険者) | | | | |
| | 番号 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | П |

申請者について記入してください

| 申請者について記 | 己人してくたざい | | | | | | | |
|----------|-------------------------|---------------|---|---------|-------|-------|------|-----|
| 申請者 | ·被保険者 ·被扶養者 16歳以上 | 被保険者 以外の場合 | • | 生年月日 | 昭和平成 | 年 | 月 | 田 |
| 住所 | 〒 − | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | 石の日中に | こご連絡の |)取れる | る番号 |
| メールアドレス | | | | | | | | |

○ FAX、または郵送でお送りください。到着後「プロモーションコード」をお送り致します。

〒540-0037 大阪府大阪市中央区内平野町3-2-5

大阪薬業健康保険組合

TEL 06-6941-5002 FAX 06-6942-9582

受付印

大阪薬業健康保険組合