

常務理事	事務長	係

宿泊補助申請書

次の通り保養所を利用いたしましたので、補助の申請をいたします。

健康保険組合理事長殿

事業所名			所在地	Tel ()		
記号・番号			利用代表者	⑩		
保養所名						
利用年月日	令和 年 月 日から		利用人員	本人 名 計 名		
	令和 年 月 日まで			家族 名		
振込先	銀行			支店	預金種目 (普通・当座)	
	口座番号				フリガナ 口座名義	
利用者氏名	記号・番号	氏名	種別	記号・番号	氏名	種別
			本人・家族			本人・家族
			本人・家族			本人・家族
			本人・家族			本人・家族
			本人・家族			本人・家族

※記入欄が不足した時は、宿泊補助利用者名簿をご利用ください。

健康保険組合記入欄

受 付 印	補 助 対 象 人 員	支 払 印
	名	
	補 助 金 額	
	円	

- 注1. この申請書は保養所を利用し、補助金を申請するときに使用するものです。
- 注2. 事業所名は社名を所在地は本社住所を記入してください。利用者名、保険証の番号を明記し、種別欄は本人・家族の別を○してください。なお、家族は被扶養者に限ります。
- 注3. 組合へ提出する際、利用者名のある領収書（写しでも可）を必ず添付してください。（利用日より10日以内に提出してください）
- 注4. 利用回数は1年度（4月1日より翌年3月31日）1回です。
補助金額は本人（被保険者）及び家族（被扶養者） 年1回5,000円（5,000円未満は実費相当）になります。

