

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	株式会社〇〇〇	所在地	本社の住所 東京都港区芝浦〇-〇 Tel〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	利用代表者	健保 太郎 健保		
保養所名	〇〇〇〇ホテル				
利用年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	利用人員	本人 1名 家族 2名 計 3名		
振込先	〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店		
	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	フリガナ ケンボ タロウ 口座名義 健保 太郎		
利用者氏名	記号・番号	氏名	種別	記号	被保険者の 給与口座 又は経費口座
	〇〇-〇〇〇〇	健保 太郎	本人・家族		
	〇〇-〇〇〇〇	健保 愛子	本人・家族		
	〇〇-〇〇〇〇	健保 一郎	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	
利用者氏名のある領収書（写しでも可）を添付してください。		
	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。

