契約施設利用補助金申請書

事業所名	
被保険者等	記号　　番号
被保険者名	
利用施設名	
利用期間	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日　　泊
利用者延人数	名
請求金額	円

利用者

（被保険者・被扶養者以外の利用者についても記入してください）

No.	利用者氏名	続柄	年齢	No.	利用者氏名	続柄	年齢
1				5			
2				6			
3				7			
4				合計		名	

上記のとおり利用しましたので、領収書を添えて請求します。

被保険者　　〒　　－
住所

氏名

【利用上の注意】

1．対象者は、被保険者及び被扶養者（３歳以上）です。
2．補助金は、１人１泊　２，０００円で年間２泊が限度となります。
3．領収書（原本）は必ず添付してください。
4．利用できる施設は、健康保険組合で定められた範囲です。
5．各部所等での慰安旅行は、該当しません。

振込先指定口座（被保険者口座）	金融機関		□ 銀行　□ 農協 □ 金庫　□ その他 □ 信組　（　　） □ 本店　□ 本所 □ 支店　□ 支所 □ 出張所　□
	口座番号	普通	
	口座名義（カタカナ） ※姓と名の間は空ける		