

**保養施設利用補助金請求書**

( 音羽健保 )

( 事業所 )

音羽健康保険組合

常務理事	事務長	係

責任者	係

理事長 殿

(請求日) 平成 年 月 日 (健保受付日) 月 日

下記のとおり補助金を請求します

1・宿泊内容

申請者	事業所	記号	部署	印
	氏名	保険証番号		

期 日	宿 泊 先 名 称	宿 泊 先 所 在 地
① 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ( ) 泊 ( ) 日		
② 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ( ) 泊 ( ) 日		
③ 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) ( ) 泊 ( ) 日		

宿泊料が一人当たり1泊3,000円に満たない場合は、百円未満を切り捨てて実費支給。  
3歳未満は宿泊料が発生した場合のみ明細書を添付にて支給。  
車中泊及び機内泊は不可とします。

2・参加者名簿 (2人以上の場合は、記入して下さい)

保険証番号	氏 名	印	区分 (被扶養者は続柄を記入)	年齢	所属事業所
			イ・本人 ロ・被扶養者 ( )		
			イ・本人 ロ・被扶養者 ( )		
			イ・本人 ロ・被扶養者 ( )		
			イ・本人 ロ・被扶養者 ( )		
			イ・本人 ロ・被扶養者 ( )		

注1、「補助金対象者名、宿泊数、宿泊料、利用施設名」等が明記してある「領収書」(コピー不可)を必ず添付して下さい。カード支払いの場合でも、名前が入った領収書を添付すること。ツアー旅行は宿泊先の分る日程表を添付(コピー可)して下さい。

注2、補助金の請求は年度内(当年4月1日~翌年3月31日)利用の請求を原則とします。  
補助金の請求は4月10日(土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日)を年度分最終提出期限とします。

3・補助金請求額及び参加人員

被保険者 3,000円 × \_\_\_\_\_ 泊 × \_\_\_\_\_ 人 = \_\_\_\_\_ 円  
被扶養者 3,000円 × \_\_\_\_\_ 泊 × \_\_\_\_\_ 人 = \_\_\_\_\_ 円  
合計 \_\_\_\_\_ 円

健保確認欄

4・振込銀行 \*被保険者本人(申請者)の口座に限る

(以前に音羽健保より振込のあった方は登録されていますので記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード	支店コード	普通預金	