

受付年月日	年 月 日
利用券番号	

契約保養所利用補助金 申請書兼案内書

事業所名

利用代表者 〒 -
住 所

氏 名

連絡先電話番号 (勤務先・自宅・携帯)..... ()

案内書 〒 -
送 付 先

(上記住所以外に送付の場合はご記入ください。)

保 養 所 名	
利 用 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (1, 2泊)

※印は記入しないでください。

保険証の記号 保険証の番号	利用者氏名	性別	年齢	※支給決定		保険証の記号 保険証の番号	利用者氏名	性別	年齢	※支給決定	
				可	否					可	否
		男女		可	否			男女		可	否
		男女		可	否			男女		可	否
		男女		可	否			男女		可	否
		男女		可	否			男女		可	否
		男女		可	否			男女		可	否

控 除 額 計	※ 2,000 円 × 名 × 泊 = 円
---------	--------------------------

- ・ご利用者様へ…当書面を健康保険組合へ原則宿泊される日の2週間前までに提出し、承認を受けて下さい。
チェックインの際に当組合印押印済の本券をフロントへ提出してください。
補助金の対象は被保険者及び被扶養者として認定を受けている配偶者となります。
一年度(4月1日～翌3月31日)2泊までの補助となります。
JTB・日本旅行をご利用の場合は当書面を使用しないでください。
- ・施設ご担当者様へ…上記補助金額を清算の際に控除し、当組合宛ご請求ください。

大阪市内中央区平野町3丁目2番5号
大阪薬業健康保険組合