

受付印	常務理事	担当	大阪府建築健康保険組合	
			決裁日	令和 年 月 日
	前回利用日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	支給金額	円

契約保養所利用補助金請求書

【太枠内記入必須】

被 保 険 者 名	健康保険 記号 番号	フリガナ			
	住所 〒 -	氏 名			
	日中の連絡先【 - - 】	振込希望銀行 ※被保険者の口座に限ります。 _____銀行 _____支店			
	事業所名	口座種別 : _____ 口座番号 No. _____ 口座名義 (カナ)			
宿 泊 利 用 者	健康保険 記号 - 番号	氏 名	区別	宿泊 日数	支 給 内 訳
	-		本人 家族	泊	泊 円
	-		本人 家族	泊	
	-		本人 家族	泊	
	-		本人 家族	泊	
合 計		名			円

※記入いただいた事項は、契約保養所補助金関係以外の目的には使用いたしません。

↓ 宿泊施設 ご担当者様 記入欄 ↓

施 設 証 明 欄	<p>上記利用者が宿泊したことを証明いたします。</p> <p>○宿泊年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 【 泊 日】</p> <p>○宿泊人数 名</p> <p><契約(所属)機関> ○をしてください JTB 契約保養所 国民休暇村 国民宿舎 メルパルク 健保連契約保養所 健保連大阪契約保養所 国民年金健康保養センター 厚生年金福祉施設</p> <p><施設名・所在地></p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
-----------------------	---

※領収証写し【宛名は被保険者名または当日宿泊利用の当組合加入者名。フルネーム記載。旅行代金、宿泊料金のもの】を添付してください。(宛名などが相違するものは支給できません。ご注意ください)

※年度間3泊を上限に補助いたします。

※日本国内の施設に限ります。海外の施設は対象外です。

※宿泊料金が発生しない場合や3歳未満のお子様は対象外です。

続 紙

宿 泊 利 用 者	健康保険 記号 - 番号	氏 名	区別	宿泊 日数	支 給 内 訳	
	-		本 人 家 族	泊	泊	円
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	-		本 人 家 族	泊		
	合 計		名			円

※ご記入いただいた事項は、契約保養所補助金関係以外の目的には使用いたしません。