

保養施設利用者補助金申請書（個人用）

保養施設利用にかかる補助金を下記のとおり申請します。

組合員が記入する欄	被 保 険 者 証 記 号 番 号				フリガナ	チュウケン タケン	
	記号	90	1392	番号	2070	組合員氏名	中建 健
	No	宿泊利用者の氏名			宿 泊 数		宿泊料
	1	中建 健			平成 28 年 8 月 15 日から	1 泊	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	2	中建 さくら			平成 28 年 8 月 15 日から	1 泊	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	3				平成 年 月 日から	泊	有・無
	4				平成 年 月 日から	泊	有・無
5				平成 年 月 日から	泊	有・無	
6				平成 年 月 日から	泊	有・無	
申 請 年 月 日				平 成 年 月 日			

保養施設の利用証明欄	上記の通り、貴組合の被保険者が当施設に宿泊したことを証明いたします。		利用者の人数	2 人
			宿泊料金	26,400 円
	証明した日	平成 28 年 8 月 16 日		
施設の所在地 名 称	○○ホテル ○○県○○市3-2-1 TEL 0123-45-6789			○○ ホテル ㊞

- (注1) 保養施設の利用証明が記載できなかったときは、領収書を添付して申請することができます。
- (注2) 被保険者証の記号番号はお手元の保険証をみて記入してください。
- (注3) 複数の世帯で宿泊した場合でも申請書は一世帯ごとに提出してください。

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

本部受理	処 理 扱 者		
年 月 日			

支部受理	扱 者 出張所長	
年 月 日		