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　タケシ			
	記号	90	1	3	9	2	番号		1	0	0	1	組合員氏名	中建　健			
	① 保養施設を利用した方のお名前などをご記入ください。																
	枝番		宿泊利用者の氏名					宿泊数								宿泊料	
	0	1	中建　健					令和	6	年	4	月	1	日から	1	泊	有・無
	0	3	中建　さくら					令和	6	年	4	月	1	日から	1	泊	有・無
								令和		年		月		日から		泊	有・無
								令和		年		月		日から		泊	有・無
								令和		年		月		日から		泊	有・無
								令和		年		月		日から		泊	有・無
	② 「申請年月日（申請書を記入した日）」をご記入ください。																
	申請年月日							令和	6	年	4	月	15	日			

◇　この補助金は、**中建国保が契約している保養施設を利用した場合のみ**対象となります。
　　対象施設は**中建国保ホームページ**でご確認ください。

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	
	宿泊日	令和　6　年　4　月　1　日から	
証明した日	令和　6　年　4　月　2　日		
施設の所在地 名称	○○ホテル ○○県○○市3-2-1 TEL　0123-45-6789 ○○ホテル　印		

宿泊施設さまへ：当組合の被保険者から利用証明の依頼があった際は、上部「保養施設の利用証明欄」をご活用ください。
（注１）　利用証明欄は記入漏れがないようにお願いします。（特に利用者の人数、宿泊日、施設の所在地・名称）
（注２）　宿泊日欄には**施設利用の最初の日**をご記入ください。

中央建設国民健康保険組合　理事長殿

本部受理	処理No.	扱者
	年　月　日	

支部受理	扱者	出張所長
	年　月　日	

中建国保様式保健事業第１６号