

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 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					
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ○ ○ ホテル (印) </div>						

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。

（注3） この用紙は**宿泊したことを証明するもの**です。宿泊料金の割引に利用するもの（宿泊助成券等）ではありません。

もし宿泊施設さまが誤って割引用として利用した場合、当組合は費用補填等の対応を行うことができません。

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	