

東振協

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係	会計係

石油製品販売健康保険組合 健康保険組合共同利用保養所補助金申請書

※宿泊後1ヶ月以内にご申請ください

※太枠内をきれいに記入ください

宿泊先	みやぎの					申し込みをした健康保険組合	〇〇健康保険組合	
利用年月日	令和 7 年 5 月 1 日 ~ 5 月 2 日 (1 泊 2 日)							
利用代表者名	せきゆ たろう					保険証 記号 - 番号	195 - 1	
	石油 太郎 印							
事業所名	株式会社 〇〇					日中連絡可能な電話番号	03 (1111) 2222	
振込口座 (被保険者名義)	△△ 銀行		〇〇 支店				口座名義	セキユ タロウ
	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6

保険証 記号 - 番号	利用者名	性別	年齢	続柄	泊数	宿泊料金 (控除前の金額)	健保利用欄	
							資格	補助金控除額
195 - 1	石油 太郎	男 女	45	本人	1 泊	7,200 円	可・否	円
195 - 1	石油 花子	男 女	42	妻	1 泊	7,200 円	可・否	円
195 - 1	石油 一郎	男 女	12	子	1 泊	7,200 円	可・否	円
195 - 1	健保 次郎	男 女	40	本人	1 泊	7,200 円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円
-		男・女			泊	円	可・否	円

健保 利用 欄	施行	令和 年 月 日	補助金控除額計・振込金額		
	施行予定	令和 年 月 日	5,000 円 × 名 × 泊 =		円
	決定	令和 年 月 日	円 × 名 × 泊 =		円
	起案	令和 年 月 日	合計金額		円

【送付先】 石油製品販売健康保険組合 保健事業課
〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 石油健保ビル
TEL:03-3265-3289 / FAX:03-3265-3533

[健保受付印]

【補助金申請の手順】 宿泊後、下記3点を合わせて当健保まで郵送してください。

- ①: 申込後に送付される「利用通知書」のコピー
- ②: 宿泊料金を支払った領収書の原本(ご依頼があれば返却いたします)
- ③: 補助金申請書(太枠内をご記入ください)

※1泊1名様の宿泊料金が5,000円に満たない場合は、実費分のみ支給となります。
 ※補助の対象となるのは年度内2泊までです。
 ※ご利用日時時点で、当健保の被保険者、被扶養者資格がない方は対象外となります。
 ※補助申請の手順につきまして、申込方法、手順等により『領収書の原本』が発行されない場合は当健保保健事業課までご連絡ください。
 ※当申請書に記載された個人情報は、組合保健事業の遂行のために使用し、本人の許可なく目的以外に使用することはありません。