

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

※太枠内をきれなくご記入ください

宿泊先							申し込みをした健康保険組合	
利用年月日	令和	年	月	日	～	月	日 (泊日)	
利用代表者名							保険証 記号 - 番号	-
事業所名	※任意継続被保険者の場合は記入不要です						日中連絡可能な電話番号	()
振込口座 (被保険者名義)	銀行			支店			口座名義	
	普通・当座							

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
-		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
-		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。