

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 **東振協**

※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
	施行予定	令和 年 月 日
	決定	令和 年 月 日
	起案	令和 年 月 日

補助金控除額計・振込金額	
5,000 円 × 名 × 泊 =	円

《補助金申請の手順》 [健保受付印]
 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
 ③: 補助金申請書(太枠内をご記入ください)

【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

※1泊1名様のご宿泊料金が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。