ラフォーレ倶楽部　補助金申請書

※太枠内を漏れなくご記入ください

利用代表者名	せきゆ　たろう 石油　太郎	保険証 記号 － 番号	195　－　1
事業所名	株式会社〇〇×× （ 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	03（ 1111 ）2222
住所 （書類送付先）	〒 102 － 0075 東京都千代田区三番町1-5　〇〇マンション×号室 （ 自宅 ・ 勤務先 ・ その他　※いずれかに〇をしてください ）		

Ⅰ：利用施設

宿　泊　月　日	利　用　施　設　名
5 月 1 日～ 5 月 2 日（ 1 泊 2 日）	ラフォーレ修善寺

Ⅱ：補助金申請対象者記入欄　※被保険者、被扶養者に限ります。

保険証 記号 － 番号	宿泊者氏名	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	健保利用欄 補助金控除額
195 － 1	石油　太郎	男 ・ 女	45	本人	1 泊	6,810 円	可 ・ 否	円
195 － 1	石油　花子	男 ・ 女	42	妻	1 泊	6,810 円	可 ・ 否	円
195 － 2	健保　次郎	男 ・ 女	40	本人	1 泊	6,810 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

補助金控除額計　5,000　円 ×　名 ×　泊 ＝　円
円 ×　名 ×　泊 ＝　円
合　計　円

上記の補助金控除額を、利用当日、精算の際に控除してください。

受付日：　年　月　日　石油製品販売健康保険組合　印

※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。
※対象となるのは年度内2泊までです。
※申請後でもご利用日時点で、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。
資格がない状態でご利用された場合は、後日返還していただく事になりますのでご了承ください。

《補助金申請の手順》
① ご希望の保養所をご予約後、必要事項(太枠内)をご記入の上、当健保までFAXまたは郵送してください。　［ラフォーレ倶楽部確認印］
② 内容確認後、承認印を押印し返送いたしますので、宿泊当日にご持参ください。

契約保養所にて利用料(宿泊料)をお支払いする際に、上記補助金を控除し、精算いたします。
当日用紙を忘れた場合は補助金の控除は致しかねます。

【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

※ 当申請書に記された個人情報は、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。