

契約保養所 利用申請書兼通知書

※太枠内をもれなくご記入ください

宿泊先	箱根アルパインハウス	四季倶楽部 セラヴィリゾート泉郷 ビスタリゾート・その他個別契約施設 (いずれかに○をしてください)
利用年月日	令和 7 年 1 月 1 日 ~ 1 月 2 日 (1 泊 2 日)	
利用代表者名	石油 太郎	保険証 記号 - 番号 195 - 1
事業所名	株式会社〇〇××	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○をしてください)	

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	5,400 円	可・否	円
195 - 1	石油 花子	男・女	42	妻	1 泊	5,400 円	可・否	円
195 - 2	健保 次郎	男・女	40	本人	1 泊	5,400 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

ホテル確認印欄	健保利用欄
<div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div>	補助金控除額計 5,000 円 × 名 × 泊 = 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。
- ② 内容確認後、承認印を押印し返送いたしますので、宿泊当日に保険証と合わせてご持参ください。

【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

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。

※ 当申請書に記された個人情報、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。