

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		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	()
住所 (書類送付先)	〒 - (自宅 ・ 勤務先 ・ その他 ※いずれかに○をしてください)		

I : 利用施設

宿 泊 月 日	利 用 施 設 名
月 日 ~ 月 日 (泊 日)	

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	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

補助金控除額計	5,000	円 ×	名 ×	泊 =	円
		円 ×	名 ×	泊 =	円
合計金額					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

ラフォーレ倶楽部確認印

ラフォーレ
確認印

※ 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。