

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	四季倶楽部 ・ セラヴィリゾート泉郷 ビスタリゾート (いずれかに○をしてください)		
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 ()
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)		

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

ホテル確認印欄	印 健保利用欄 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。

※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。