

利用券番号	— —
利用券発行日	. .

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

契約保養所 「 〇〇〇〇〇 」 利用申込書

機缶健康保険組合御中

下記のとおり申し込みます。

事業所所在地 東京都千代田区 〇〇 1-2-3

事業所名 機缶工業株式会社

事業所電話 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

連絡先電話 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

申込責任者 機缶 太郎 印

- 利用料 1人1泊(食付・食事なし/諸税・サービス料込・別) 大人 円, 小人 円, 幼児 円
- 利用日 〇〇年 〇〇月 〇日 (〇曜日) から 〇泊
- 利用者 (記号-番号 XXXX - XXXXX)

記号 - 番号	利用者氏名	性別	年令	続柄	区分			適 応	支給決定		補 助 金 額
					被保険者	被扶養者	その他		可	否	
XXXX - XXXXX	機缶 太郎	男	XX	夫	〇			可	否		
-	機缶 花子	女	XX	妻		〇		可	否		
-	機缶 菜々	女	X	子		〇		可	否		
-		男女						可	否		
-		男女						可	否		
-		男女						可	否		
-		男女						可	否		
-		男女						可	否		
-		男女						可	否		
合計					3	名	補助金額計				

※組合から1人1泊につき3,000円の補助金が別途、契約保養所あてに支払われますから、補助金を差引いた金額を現地でお支払い下さい。

※補助金支給対象者は、被保険者・被扶養者(健康保険証に記載されている者)に限ります。

※太枠内は記入しないで下さい。