

宿泊旅行補助申請書

1. 利用施設（宿泊先）証明欄

利用施設名			被保険者（利用代表者）氏名			
利用人数	名	利用期間	年	月	日	泊
上記のとおり利用したことを証明いたします。						
年		月		日		所在地 施設名 代表者名 TEL
						印

※宿泊先で必ず証明を受けてください。証明の無いものは無効となります。

※2名以上の被保険者（夫婦ともに被保険者等）で同じ施設に宿泊した場合、各被保険者ごとに申請書の記入・提出が必要です。

2. 被保険者が記入するところ

被保険者証の			補助申請該当者氏名 (本人及び小学生以上の健保加入者の家族が対象)					
記号		番号	氏名		続柄	氏名		続柄
被保険者の連絡先	部署名		1			4		
	外線		2			5		
	内線		3			6		
補助申請額	被保険者	名 × 2,000円 =			,000円	合計		
	被扶養者	名 × 1,000円 =			,000円			
上記のとおり補助金を申請いたします。								
年			月			日		
						被保険者氏名 (自署の場合は押印不要)	印	

オークマ健康保険組合 御中

(注意事項)

- ①日帰り旅行は、補助の対象外です。
- ②補助の対象施設は国内外のホテル、旅館、民宿、公共施設、保養所（泉郷・エクシブ除く）等とします。
- ③補助の対象となる利用期間は、4月1日から翌年3月31日までとします。
- ④補助の対象となる泊数は、1年度1泊限りです。
- ⑤補助金は申請書が当月25日までに健保組合に到着した分を、翌月25日に事業主を通して被保険者にお支払いします。
- ⑥当年度（4月から翌年3月）補助の最終受付は、4月25日健保組合到着分までとします。それを過ぎての申請は補助の対象外となります。
- ⑦補助申請者の人数が7名以上となる場合は、本請求書を2枚以上ご使用ください。

(健保使用欄)

補助金支給額		理事長	常務理事	事務長	担当者
, 000円					
受付印	入力印	支払年月日	備考		