

伺年月日	令和	年	月	日	決 裁	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	係
支給金額		百	十	万		千	百	十	円		

支給内訳	単価(@)	利用者数	被保険者	名	泊数	泊	金	円	合計金額	円
	3,000円		被扶養者	名			額	円		

保 養 所 利 用 補 助 金 請 求 書

2025.4

↓太枠内に記入してください。

東京都洋菓子健康保険組合 殿						令和 年 月 日						
下記の保養施設を利用しましたので、領収書(原本)を添付のうえ補助金を請求します。												
請求者情報	健康保険 記号-番号				事業所名称							
	被保険者氏名				電話番号				※平日9～17時に連絡可能な番号 ()			
	被保険者住所				〒							
利用施設に ✓	東振協保養所		利 用 施 設 名 称									
	ダイワロイネットホテル											
	休暇村											
	国民宿舎											
	船員保険施設		請 求 期 間				令和 年 月 日 ～ 泊					
	FUJIYAMA倶楽部											
	ニュー・グリーンピア津南											
(※年度内1人3泊まで補助いたします)												
利 用 者 名 簿 ※宿泊者全員をご記入ください(寝具不要の幼児は補助金対象外です)												
健康保険 記号 — 番号		利用者氏名		年 齢	続 柄	利 用 者 区 分		備 考				
						本 ・ 家 ・ 他						
						本 ・ 家 ・ 他						
						本 ・ 家 ・ 他						
						本 ・ 家 ・ 他						
						本 ・ 家 ・ 他						
						本 ・ 家 ・ 他						
※区分は、被保険者は「本」、被扶養者は「家」、組合員以外の方は「他」に○してください。 ※利用者名簿が足りない場合は、コピーしてお使いください。												
支払金融機関	※支払金融機関は被保険者(請求者)の口座を記入してください。											
	銀行コード				支店コード							
	銀行 農協 信金 信組				本店 支店 出張所				1:普通 2:当座			
口 座 番 号				口座名義人氏名								

個人情報の取扱い: ご提出いただいた個人情報は、他の目的で利用することはありません。