

契約施設利用補助金申込書

民間放送健康保険組合 理事長 様

利用者を代表して下記のとおり契約施設利用補助金を申込みます。

被保険者証 記号番号 —	該当する 番号に○印	1. 事業所勤務（事業所名 ） 2. 特例退職被保険者 3. 任意継続被保険者
被 保 険 者 住 所・氏 名	〒	

契約施設名		※コード
利用期間	年 月 日 ~ 泊	

被保険者証 記号・番号	利用者氏名	性 別	生 年 月 日	続 柄	被 保 険 者	被 扶 養 者	小 学 生 未 満	泊 数	※補 助 金 額
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日						円
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日						円
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日						円
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日						円
—		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日						円
合 計								名	円

※欄は記入しないでください。

[注意]

- この申込書は、郵送又はFAXで所轄の本部又は支部に提出してください。
- 「利用者氏名欄」は、当健保に加入されている方（資格のある方）を記入してください。
- 「プリンスホテル」「セラヴィリゾート泉郷」については、それぞれの専用予約センター等に予約してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印

FAX	本 部	03-3238-1047	北海道・東北支部	022-299-5530
送付先	中国・四国支部	082-242-2854	九州支部	092-714-7632

民間放送健康保険組合