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 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 | 〒 |
|  |

※欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約施設名 |  | ※コード |
| 利用期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　泊 |  |  |  |
|  |
| 被保険者記号・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　　年　　月　　日令和 |  |  |  |  |  | 円 |
| － |  | 男・女 | 昭和平成　　年　　月　　日令和 |  |  |  |  |  | 円 |
| － |  | 男・女 | 昭和平成　　年　　月　　日令和 |  |  |  |  |  | 円 |
| － |  | 男・女 | 昭和平成　　年　　月　　日令和 |  |  |  |  |  | 円 |
| － |  | 男・女 | 昭和平成　　年　　月　　日令和 |  |  |  |  |  | 円 |
|  | 合　計 名 | 円 |

［注意］

１．この申込書は、宿泊の概ね10日前までに郵送又はＦＡＸで所轄の本部又

受付日付印

令和 　年 　月 　日提出

　　は支部に提出してください。

２．「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。

３．「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。

　４．後日、利用券を送付いたしますので、宿泊の精算時にご提出ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＦＡＸ送付先 | 本　　　　　部 | 03-3238-1047 | 北海道・東北支部 | 022-299-5530 |
| 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