一般施設利用補助金請求書

民間放送健康保険組合　理事長　様

下記のとおり利用したので請求します。

被保険者 住所・氏名	〒

該当する番号に○印 1.事業所勤務 2.特例退職被保険者 3.任意継続被保険者	事業所勤務の方のみ記入	
	事業所名	
	事業主名	

利用施設名	
利用期間	令和　　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	※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		円

※欄は記入しないでください。

［注意］
1．この請求に基づく振込先は、当健保で管理している金融機関です。
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．宿泊施設が発行した領収書（原本）と宿泊数・宿泊人数の記載された明細書を添付してください。

［請求先］

本　部	〒102-0074　東京都千代田区九段南 2-9-4 久保寺ツインタワービル
北海道・東北支部	〒983-0852　宮城県仙台市宮城野区榴岡 4-2-8 仙台 MT ビル EAST
中国・四国支部	〒730-0036　広島県広島市中区袋町 5-28 和光広島ビル
九州支部	〒810-0001　福岡県福岡市中央区天神 4-4-26 ベストアメニティ天神ビル

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

民間放送健康保険組合