

支給決定日	支給決定	令和 年 月 日	決	常务理事	事務長			担当
補助金 支給決定額	円		裁					
取得日	平・令	年 月 日	喪失日	令和 年 月 日				

オオゼキ健康保険組合

## 契約保養所利用補助金

支給申請書

オオゼキ健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり保養所を利用しましたので、補助金の申請をいたします。

■ 被保険者 ◎ボールペンでご記入してください。

提出日		令和 年 月 日		提出	
被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名		
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 所属店舗	所属店舗名			
利用施設名	オオゼキ保養所「大関荘（だいかんそう）」		利用 人数	被保険者 被扶養者	名 名 計 名
利用期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	宿泊数	泊	

■ 利用をされた方 （利用日に健康保険の資格がない方は申請できません）

続柄区分	利用者氏名	年齢	続柄	宿泊料（利用料）	小学生未満／寝具・食事の有無 （○で囲んでください。合計金額を記入）	健保記入欄 決定金額
被保険者				円		
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	円
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	円
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	円
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	円

■ 補助金の受給については事業主経由で給付いたします。

1. 在職中の方 （委任状）	給付金の受領に関して、事業主に委任します。 （氏名）	令和 年 月 日
2. 任意継続加入の方 （振込先口座記入）	銀行 口座番号（普通・当座） 支店 名義（かかけ）	

■ 【必須】 以下の内容を確認して  してください。

備考欄	<input checked="" type="checkbox"/>	【必須】 以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。 この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	<input type="checkbox"/>	

■ 注意事項

1. 補助範囲

区分	補助金額（上限）	期間	支給回数
被保険者	1人：4,000円	年度内（4月～翌年3月）	年度内 1回
被扶養者	1人：2,000円		

2. 申請書は被保険者単位で申請してください。

3. 利用施設からの「領収書」（コピー不可）・「施設利用証明書」を申請書と一緒に添付してください  
（領収書・施設利用証明書は、申請書に張らないでください。）

4. 施設利用証明書には「利用者の氏名・人数」の記載がある事。

5. 利用後、速やかに健保組合までご提出ください。

6. 小学生未満（幼児）の利用の場合は、必ず備考欄をご記入ください。

7. 補助金は、原則として申請書を当組合が受け付けた月の翌月の末日に、事業主経由で支給します。  
委任欄へ署名をお願いします。

8. 備考欄へ記入に間違いがないか確認後チェックを入れてください。  
（任意継続被保険者の方はご指定の振込口座へ振り込みます。）

「提出先・お問い合わせ」 オオゼキ健康保険組合（03-5357-7550）

受付印

オオゼキ健康保険組合  
2021.4.1改版