

支給	令和 年 月 日	決	常務理事	事務長				担当
記入例		健保記入欄						
		取得日	令和 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 鉛筆、フリクションペン不可 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	健保 太郎	
連絡先	000-0000-0000		所属店舗名	××店	
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 1 名 被扶養者 2 名	計 3 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	健保 太郎	35	本人	5,500 円		健保 記 入 欄
被扶養者	健保 花子	35	妻	5,500 円	寝具・夕食・朝食	
被扶養者	健保 一郎	3	子	1,500 円	寝具・夕食・朝食 1,500 円	
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	
被扶養者				円	寝具・夕食・朝食	

委任欄の署名をお願いします。

■ 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。	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 (氏名) 健保 太郎
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"/> この申請内容に ① 申請内容 ② 記載内容 チェックの無い場合は、受付ができません。 忘れずに、✓して下さい。
-----	---

■ 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		

- 申請書は被保険者単位で申請してください。
- 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。)
- 施設利用証明書には「利用者の氏名・人数」の記載がある事。
- 利用後、速やかに健保組合までご提出ください。
- 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。
- 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。
委任欄署名をお願いします。
- 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