

パッケージ工業健康保険組合 直接契約保養所補助金申請書・承認書

※太枠内をもれなく記入してください。

↓該当の宿泊施設に○をつけてください。

| | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|----------------------|--------|--|
| 宿泊先名称 | | | セラヴィリゾート泉郷 | | |
| | | | センポスの宿 | | |
| | | | リブマックスリゾート函館グリーンピア大沼 | | |
| | | | ニュー・グリーンピア津南 | | |
| 宿泊日 | 令和 年 月 日 より | 宿泊人員 | 宿泊予約人数合計は_____名 | | |
| | 令和 年 月 日 まで | | その内補助金申請分は_____名 | | |
| 利用代表者 | フリガナ | 被保険者等 記号 | 番号 | | |
| | | | | | |
| 事業所名 | | 日中連絡可能な連絡先 | 電話 | — — | |
| | | | E/mail | _____@ | |
| 住所 (書類送付先) | 〒 — | | | | |

補助金対象者：当組合加入者かつ1名あたりの宿泊料金が3,000円以上となる方。

※乳幼児等、宿泊料金が3,000円を下回る方は記載不要です。

| 被保険者等 記号 | 番号 | 補助金対象者氏名 | 年齢 | 区分 | ※健保組合記入欄 | | |
|-------------|----|----------|----|--------------|----------|---|------|
| | | | | | 支給決定 | | 補助金額 |
| | | | | 被保険者 被扶養者 | 可 | 否 | |
| | | | | 被保険者 被扶養者 | 可 | 否 | |
| | | | | 被保険者 被扶養者 | 可 | 否 | |
| | | | | 被保険者 被扶養者 | 可 | 否 | |
| | | | | 被保険者 被扶養者 | 可 | 否 | |

合計 名 × 補助金額3,000円 = 円

健保承認印欄

※記入された個人情報、健保組合の保健事業の遂行の為に使用し、本人の許可なく目的以外に使用することはありません。

「申請手続」

- 1、契約保養所の予約が完了後、必要事項（太枠内）にご記入いただき当組合総務課まで郵送してください。
- 2、申請内容を確認後承認印を押印し返送いたします。チェックイン時にフロントへ提出してください。

◎直接契約保養所補助金の支給は年度内(4月1日～翌年3月31日)に1人1泊に限ります。