

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		
			センボスの宿		
			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	性別	年齢	区分	※健保組合記入欄		
						支給決定		補助金額
			男性 女性		被保険者 被扶養者	可	否	
			男性 女性		被保険者 被扶養者	可	否	
			男性 女性		被保険者 被扶養者	可	否	
			男性 女性		被保険者 被扶養者	可	否	
			男性 女性		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保健事業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。