保養施設利用者補助金申請書（個人用）

保養施設利用にかかる補助金を下記のとおり申請します。

組合員が記入する欄	被 保 険 者 記 号 番 号				フリガナ		
	記号	90	番号		組 合 員 氏 名		
	① 保養施設を利用した方のお名前などをご記入ください。						
	枝 番	宿 泊 利 用 者 の 氏 名			宿 泊 数		宿 泊 料
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
					令 和 年 月 日 から	泊	有 ・ 無
② 「申請年月日（申請書を記入した日）」をご記入ください。							
申 請 年 月 日				令 和 年 月 日			

◇ この補助金は、**中建国保が契約している保養施設を利用した場合のみ**対象となります。
対象施設は**中建国保ホームページ**でご確認ください。

保養施設の利用証明欄	上記の通り、 貴組合の被保険者が当施設に 宿泊したことを証明いたします。		利用者の 人 数	人
			宿 泊 料 金	円
			宿 泊 日	令 和 年 月 日 から
	証明した日	令 和 年 月 日		
施設の所在地 名 称		(印)		

宿泊施設さまへ：当組合の被保険者から**利用証明**の依頼があった際は、上部「保養施設の利用証明欄」をご活用ください。

- (注1) 利用証明欄は記入漏れがないようにお願いします。（特に利用者の人数、宿泊日、施設の所在地・名称）
- (注2) 宿泊日欄には**施設利用の最初の日**をご記入ください。
- (注3) この用紙は**宿泊したことを証明するもの**です。宿泊料金の割引に利用するもの(宿泊助成券等)ではありません。もし宿泊施設さまが誤って割引用として利用した場合、当組合は費用補填等の対応を行うことができません。

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

本部受理	処 理 No.	扱 者
	年 月 日	

支部受理	扱 者	出張所長
	年 月 日	