

契約保養所 利用補助金申請書

|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           |                     |   |
|-------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|---|
| 申請<br>代表者<br>について | 申 請 日           | 年 月 日                                                                                                                                                                                                         |                                                           | 〔提出先〕 富士通ゼネラル健康保険組合 |   |
|                   | 健康保険証の<br>記号・番号 | 記号                                                                                                                                                                                                            | 番号                                                        | 氏 名                 | 印 |
|                   | 所属部署名           | 電 話<br>内 線                                                                                                                                                                                                    |                                                           |                     |   |
| 利用施設<br>について      | 利 用 日           | 年 月 日 ～ 年 月 日 ( 泊 )                                                                                                                                                                                           |                                                           |                     |   |
|                   | 利用施設            | 施設区分                                                                                                                                                                                                          | ※該当するものに○をつけてください。<br>① ラフォーレ倶楽部 ② マホロバマインズ三浦 ③ リソル ④ その他 |                     |   |
|                   |                 | 施設名称                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                     |   |
|                   | 基本料金            | ※ 該当する宿泊日数に○をし、基本料金に含まれる食事数を記入(基本料金に食事は含まれないが、同一施設内で食事をした場合を含む)してください。<br>※ 金額は大人・子供等の区分別に、一人当たりの料金単価(飲物代を除く)を記入してください。<br>① 1泊 食 大人: 円 子供: 円 ( ): 円<br>② 2泊 食 大人: 円 子供: 円 ( ): 円<br>③ 泊 食 大人: 円 子供: 円 ( ): 円 |                                                           |                     |   |
| 申請<br>対象者<br>について | 保険証番号(従業員番号)    | 氏 名                                                                                                                                                                                                           | 続 柄                                                       | 健 保 組 合 使 用 欄       |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               | 本 人                                                       | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 円× 泊＝ 円             |   |
|                   |                 |                                                                                                                                                                                                               |                                                           | 合 計                 | 円 |

【記入上の注意】

- ※ 太枠内の各項目を、漏れのないように記入してください。(記入例を参照のこと)
- ※ 明細書のついた『領収証』(コピー不可)を添付してください。
- ※ 申請は、保養を目的とする利用の場合に限ります。出張、職場での親睦行事等は対象外といたします。
- ※ 申請できる者(支給対象者)は、被保険者と被扶養者(保険証に氏名の載っている者)のみです。
- ※ 基本料金の欄で、3泊以上された場合は、「3」の行に「宿泊日数と食事数」、「一人あたりの料金単価」を記入してください。また、2泊以上で1泊目と2泊目以降の宿泊施設が異なる場合は、1泊目を「1」の行に、2泊目を「3」の行に記入してください。
- ※ 「申請対象者について」の欄は、申請代表者を含め、支給の対象となるすべての方について記入してください。
- ※ 支給の対象は、1泊の基本料金(飲物代・サービス税等を除く)が6,100円以上となります。

|             |       |       |       |      |       |
|-------------|-------|-------|-------|------|-------|
|             |       | 常務理事  | 事務長   | 担当者  | 担当者   |
| 健保受付日       | 年 月 日 |       |       |      |       |
| 健保処理日       | 年 月 日 |       |       |      |       |
| 給 与 振 込 内 訳 |       |       |       |      |       |
| 保険証番号       | 支給金額  | 支給回数  | 保険証番号 | 支給金額 | 支給回数  |
|             |       | 年度 回目 |       |      | 年度 回目 |
|             |       | 年度 回目 |       |      | 年度 回目 |
|             |       | 年度 回目 |       |      | 年度 回目 |