

支給金額	円
------	---

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係

## 宿泊施設利用補助申請書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

被保険者証番号	岡303 ー ー
利用者氏名 (組合員)	
宿泊施設名称	
利用年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
要した費用額	円

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

(右詰めで記入)

銀行 信用金庫 農協	店 支店 出張所	預金 種目	1. 普通	口座番号								
			2. 当座	フリガナ								
				名義人								

※振込口座はお間違えのないよう楷書で記入してください。

### (注意事項)

- 申請の際は、下記の内容を確認の上、「領収書原本」を添付してください。
  - 申請者(組合員)の氏名、宿泊期日、宿泊施設名称、宿泊費用が記されていること
  - 宿泊費の領収書であることが明確であること(スパやプール等の利用のみは申請できません)
- 補助額は1世帯5,000円で、年度内(4月1日~翌年3月31日)1回の補助とします。  
(1泊の宿泊料が補助額未満の場合は補助の対象外となります。ご家族が従業員本人として加入の場合はそれぞれ申請できます)
- 補助金の振り込みは申請書にご記入いただいた口座に振り込みをいたします。振り込みの完了をもって通知と替えさせていただきますのでご了承ください。
- 事業所の旅行及び旅費等が支給される出張の場合は申請できません。
- 提出は本部事務局へお願いいたします。