

①健康保険組合提出用

旅行出発2週間前までに①②両片を提出してください

(株)南西楽園ツーリスト利用
健康保険組合補助金申込書

申込月日

申込書2部
以上の場合

No.

※太枠内を記入してください。

利用 代表者名	所属 (事業所/部・課)		連絡先☎	勤務先 (又は日中連絡がつく連絡先)	
	(被保険者/加入員) 記号-番号			氏名	印

予約内容	宿泊日		泊数	宿泊施設名	利用人員及宿泊単価			
					大人		小人	
	月	日	泊		名	円	名	円
	月	日	泊		名	円	名	円

	所 属	記号番号 (被保険者証)	氏 名	続柄	年齢	大人 小人	区 分			泊 数	補 助 金 額
							被保 険者	被扶 養者	その他		
利 用 代表者	①										
そ の 他 利 用 者	②										
	③										
	④										
	⑤										
	⑥										

● 申込手続

- ①利用者は南西楽園ツーリストに予約申込みをしてください。
②予約内容を本書に記入し、宿泊予定日の2週間前までに当健保へ郵送してください。
③本書の受付が完了次第、申請者へ補助金額のご連絡をいたします。この連絡をもって、補助金額の申請が完了となりますので、本書の連絡先入力欄には、日中連絡可能な連絡先をご記入ください。

【補 助 金】 被保険者1人1泊3,000円、被扶養者1人1泊2,000円。
添い寝等、宿泊料金がかからないお子様は、補助金対象外となります。
【利用制限】 1回の利用日数は連続2泊以内、年度（4月～3月）で最大5泊までです。

補助金額
合計額

円

受 付

南西楽園
ツーリスト
使用欄

健保
確認用

㊞

㊞

㊞

㊞

健康保険組合名

ユニマツト健康保険組合

※組合印が無いものは無効です。

⑥健康保険組合請求用

旅行出発2週間前までに④⑥両片を提出してください

(株)南西楽園ツーリスト利用
健康保険組合補助金申込書

申込月日

申込書2部
以上の場合

No.

※太枠内を記入してください。

利用 代表者名	所属 (事業所/部・課)		連絡先☎	勤務先 (又は日中連絡がつく連絡先)	
	(被保険者/加入員) 記号-番号		氏名		印

予約内容	宿泊日		泊数	宿泊施設名	利用人員及宿泊単価			
					大人		小人	
	月	日	泊		名	円	名	円
	月	日	泊		名	円	名	円

	所 属	記号番号 (被保険者証)	氏 名	続柄	年齢	大人 小人	区 分			泊 数	補 助 金 額
							被保 険者	被扶 養者	その他		
利 用 代表者	①										
そ の 他 利 用 者	②										
	③										
	④										
	⑤										
	⑥										

●申込手続

- ①利用者は南西楽園ツーリストに予約申込みをしてください。
②予約内容を本書に記入し、宿泊予定日の2週間前までに当健保へ郵送してください。
③本書の受付が完了次第、申請者へ補助金額のご連絡をいたします。この連絡をもって、補助金額の申請が完了となりますので、本書の連絡先入力欄には、日中連絡可能な連絡先をご記入ください。

【補 助 金】 被保険者1人1泊3,000円、被扶養者1人1泊2,000円。
添い寝等、宿泊料金がからないお子様は、補助金対象外となります。
【利用制限】 1回の利用日数は連続2泊以内、年度（4月～3月）で最大5泊までです。

補助金額
合計額

円

南西楽園
ツーリスト
使用欄

健康保険組合名

ユニマツ健康保険組合

※組合印が無いものは無効です。