A健康保険組合提出用

旅行出発2週間前までにAB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	してください。	,												
	利用	所 (事業所						連絡先	a	勤務先	、 (又はE	日中連絡がて	く連絡を	₺)	
代表	長者名 	(被保険者						氏名	l					ED	
												利用人員及宿泊単価			<u> </u>
		宿泊	9日	泊数		宿泊	油施設名				大人 小人				
予約	勺内容	月	日	泊						名 円				名	円
		月	日	泊							名		円	名	円
			=	号番号					大人		区 :	1 1 1			
	所	「属		保険者証)	氏	名	続柄	年齢	小人			補 追	前助金額		
利 用代表者	1														
	2														
その	3									<u>.</u>					
他利	4														
用 者	(5)														
	6														
●申込	手続		:	:	:		:	:	:	:	補則	力金額			
		リーリストに予			当健保へ郵送							計額			円
③本書の	受付が完了	次第、申請者	るく補助金額 かんしゅう かんしゅう かんしょう かんしょう かんしょう かんしょう かんしょう かんしゅう かんしゃ かんしゃ かんしゃ かんしゃ かんしゃ かんしゃ かんしゃ かんしゃ	のご連絡をし		連絡をもって、	補助金額	の申請が	完了となり	受 付					
【補具【利用	添	い寝等、宿泊	お料金がかかり	らないお子様の)円。 象外となります で最大5泊まで									
E-1 3/13			(10/22/01/2/2/2/			СДХУСЭЛДОС									
	南西楽園 ツーリスト 使用欄	_			認用	(fl)			(fi)	(FI))				
				建康促除約			マット	/#u#	力リア人な	п А					

※組合印が無いものは無効です。

B健康保険組合請求用

旅行出発2週間前までにAB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.	

547 1 4	والمراجعة والمراجعة	- 1 -	
·×· 🔨		記. 人しっ	てください

利用	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)	
代表者名	(被保険者/加入員) 記号-番号	氏名		印

	宏》	 白日	泊数	宿泊施設名		利用人員及	及宿泊単個	<u> </u>
	1日 /	пш	/口奴	1日/日/世政石	大人		小人	
予約内容	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	被保険者	区 分 被扶 養者	その他	泊数	補助	金	額
利 用代表者	1)														
	2														
そ の	3														
他 利	4														
用者	(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。

		南西楽園
ユニマット健康保険組合	健康保険組合名	ツーリスト
		使田棩

※組合印が無いものは無効です。

円

補助金額

合計額