

受付年月日	
決裁年月日	
支 給 額	

常務理事	事務長	担当者	担 当 者

日本トランスシティ健康保険組合
理 事 長 殿

契 約 保 養 所 補 助 金 申 請 書

健康保険被保険者		事業所	名 称		
記 号	番 号		本 社 所在地	〒 ー	
利用施設	名 称				
	住 所				
利用者名	被保険者		被扶養者		
	被扶養者		被扶養者		
	被扶養者		被扶養者		
利用年月日	年 月 日 () ～ 年 月 日 () 泊				
利用金額	円				

<留意事項>
 ※「健保組合共同利用保養所」または「健保連各都道府県連合会契約保養所」が対象となります。
 ※補助金額は、1泊につき被保険者2,000円、被扶養者1,500円。利用限度は年度内2泊までです。
 ※リソルなど他の福利厚生サービスとの併用はできません。
 ※支給する補助金は、当健康保険組合へ届出されている被保険者の金融機関口座への振込みとなります。
 ※申請に当たっては、必ず利用した施設発行の領収書(写)を添付してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請者)

住 所

被保険者
(事業所勤務者)

