|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ミツバ健康保険組合**  　　　　　　利用料補助申請書  **保 養 所** | | | | | | | | |  | | | |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保養所名 | | 名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用期間 | | 自令和　　　年　　　月　　　日(　　)至　　　年　　　月　　　日(　　)　　　　泊 | | | | | | | | | | | | | |
| 保養所への予約 | | 有　　無 | | 保養所到着予定時刻 | | | 月　　　日(　　) | | | | | AM  PM | | 時頃 | |
| 利用者内訳 | | | | | | | | | | | | | ※健保使用 | | |
| 課　名 | 保険証番号 | | 氏　　　　　　　名 | | 性 別 | 本人 | | 扶 | 続 柄 | その他 | | | 補助金額 | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | | 円 | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
|  |  | |  | | 男　女 |  | |  |  |  | | |  | | |
| 合　　　　　計 | | | 名 | | ※印は記入しないでください。 | | | | | | | | 計 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | * 補助金は被保険者（個人）の口座振り込みとなります |
| 令和　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　　利用代表者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社内電話 | | |

ミツバ健康保険組合　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 保養所  確認印 | 利用人員　　　　　　名 |