|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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(　　) | AMPM | 　　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　 |