

ミツバ健康保険組合

保 養 所 利用料補助申請書

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	
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