

ミツバ健康保険組合

保 養 所
海 の 家

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..... 印

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
	印