

宿泊費用補助金交付申請書

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

以下の方を対象として、補助交付申請ができます(年度につき1人1回まで)

- * 宿泊期間において当組合の被保険者であること
- * 業務出張等、事業主等が費用を負担する宿泊は対象外です
- * 宿泊後、早めのご提出にご協力お願いいたします(提出期限:各年度3月末まで)

被保険者記号番号 または 職員ID	記号 1	番号 12345	所属 薬剤部						
	職員ID ○○○○○								
氏名(自署)	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子								
住所	〒○○○-○○○ 東京都江東区有明○-○-○								
連絡先	電話番号 090-1234-5678	内線 1234	※確実に連絡が取れる番号を記入してください。						
金融機関名称	※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座情報は金融機関の届出の通りに記入してください。								
	○○ 銀行・金庫・信組・農協	○○ 本店	支店・出張所						
口座名義 (カタカナ)	ケンポ ハナコ		店番号	預金種別	口座番号				
	111	普通・当座・別段	1	2	3	4	5	6	7
宿泊期間	令和 ○年 ○月 ○日 から	宿泊施設名称(国内限定) ○○ホテル							
	令和 ○年 ○月 ○日 まで	申請金額(宿泊料金) 3,000 円	支給金額(健保記入)						

【添付書類】

領収書(原本または写し(宿泊者名、宿泊期間、宿泊施設名が分かるもの))

※宛名は、申請者のフルネームとしてください(宛名がないもの、姓のみのは不可)。

※宛名が申請者と異なる場合(同行者宛て)は、領収書の余白に署名・捺印のうえご提出ください。

※領収書に宿泊期間、宿泊施設名が記載されていない場合は、ツアー旅程表や、予約内容の明細等、内容が分かるものを添付してください。

※決済方法にかかわらず、領収書を添付してください。クレジットカード利用控えや、使用済みクーポン類、銀行振込明細等、領収書以外のものは受理できかねます。

【補助限度額】

3,000円を上限とし、年度につき1人1回まで
(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費額が上限となります。)

受付年月日

【提出先】

〒135-8550
東京都江東区有明3-8-31 アクアコート718
がん研究会健康保険組合

直接ご持参いただくか、院内便、郵送にてお申し込みください

がん研究会健康保険組合