

宿泊費用補助金交付申請書

|      |     |       |    |
|------|-----|-------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務長補佐 | 担当 |
|      |     |       |    |

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<br>または 職員ID | 記 号<br>番 号                                          | 所 属 |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
|                      | 職 員 I D                                             |     |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
| 氏名(自署)               | フリガナ                                                |     |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
|                      |                                                     |     |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
| 住所                   | 〒                                                   |     |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
| 連絡先                  | 電話番号<br>内 線                                         |     |  |  |  |                 |  |      |          |                 |  |  |  |
|                      | ※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<br>(カタカナ)       |                                                     |     |  |  |  | 店番号             |  | 預金種別 |          | 口座番号            |  |  |  |
|                      |                                                     |     |  |  |  |                 |  |      | 普通・当座・別段 |                 |  |  |  |
| 宿泊期間                 | 令和<br>年 月 日 から                                      |     |  |  |  | 宿泊施設名称(国内限定)    |  |      |          |                 |  |  |  |
|                      | 令和<br>年 月 日 まで                                      |     |  |  |  | 申請金額(宿泊料金)<br>円 |  |      |          | 支給金額(健保記入)<br>円 |  |  |  |

【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、姓のみのものは不可)。  
※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