

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 I D ○○○○○		
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 111 預金種別 普通・当座・別段 口座番号 1234567	
宿泊期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで	宿泊施設名称(国内限定) ○○ホテル 申請金額(宿泊料金) 3,000 円 支給金額(健保記入) 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