施1-8

FUJI健康保険組合　御中

施設利用申請書兼証明書

20　　年　　月　　日

※太枠内を記入してください。

申請者（被保険者）	事業所名（会社名）	☐ ＦＵＪＩ ☐ アドテック富士 ☐ エデックリンセイ ☐ ＦＵＪＩリニア ☐ ＦＵＪＩ健保 ☐ 任意継続		
	所属名			
	保険証記号-番号	－	氏名	
利用施設名				
利用日		20　年　月　日 ～ 20　年　月　日　泊		

	保険証記号番号	氏名	☑を付けてください	続柄	年齢	備考	支給決定	
利用者	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	－		☐被保険者 ☐被扶養者			☐扶養外家族 ☐添い寝 ☐4～6歳(未就学)だが寝具使用	可	否

補助金額　**※ 健康保険組合記入欄**

予約No.＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 1,000 円
□ 3,000 円　×　　名 ×　　泊 ＝ ￥

【注意事項】

＊宿泊補助金は、年間**3泊分（4月1日～翌3月31日）**まで利用できます。
＊補助の対象は、組合員（＝**被保険者**又は**被扶養者**）です。（被扶養者とは当健康保険組合の保険証をお持ちの家族です。）
＊扶養外家族や友人は必ず組合員と同室に宿泊してください。
＊補助金額

・1泊2食付プラン・・・**3,000円**/1泊・1人
・素泊まり、または1泊朝食付き・・・**1,000円**/1泊・1人
（お子様について）
・6才（就学児）以上・・・大人と同額
・4才～6才（未就学児）｛寝具を使用・・・大人と同額／寝具を使用しない（添い寝）・・・補助金無し
・4才未満・・・補助金無し

・被保険者様… 当書面を健康保険組合へ宿泊日の**1週間前までに提出し、承認を受けてください。**
そうでない場合、補助は受けれられません。
当組合で承認をして当書面を返却しますので、チェックイン時にフロントへ提出し、同時に健康保険証を提示してください。
＊承認を受けた後に、キャンセル又は宿泊人数やプランを変更した場合は、当組合までご連絡ください。

・施設ご担当者様へ…上記補助金額を清算の際に控除し、当組合宛にご請求（当書面添付）ください。

経司	常務理事	事務長	担当者	受付日付印

愛知県知立市山町茶碓山19番地
FUJI健康保険組合
TEL：0566-82-9851

ここに受付印のあるものは、施設利用を承認したものとする。

（2023.10.1）