

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)	☐ F U J I ☐ アドテック富士 ☐ エデックリンセイ ☐ F U J I リニア ☐ F U J I 健保 ☐ 任意継続						
	所属名							
	記号-番号	—		氏 名				
利用施設名								
利用日		20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 泊						
利用者	記 号 - 番 号	氏 名	☒ を付けて ください	続 柄	年 齢	備 考	支給 決定	
	—		☐ 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 × 名 × 泊 = ￥ ☐ 3,000 円						

【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。
- * 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(両面印刷)を、宿泊日の1週間前までに健康保険組合へ提出し、承認を受けてください。(期限後は補助対象外)承認後、当書面は返却します。

【チェックイン時にフロントへ提出する書類】

- ①当書面「施設利用申請書兼証明書」
- ②当組合の加入資格が確認できる書類(以下のいずれか) ※裏面参照
 - ・マイナポータルの資格情報画面(マイナ保険証をお持ちの方)
 - ・「資格情報のお知らせ」(加入者全員に配付済) ※PepUp内でも表示可能(但し、加入から2~3か月後)
 - ・「資格確認書」(マイナ保険証をお持ちでない方に配布済)

* 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 伺	常務理事	事務長	担当者	受 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。				

＜マイナポータルの資格情報画面＞

ログイン後、トップページの健康保険証を選択。

資格情報	
区分	----
記号	----
番号	----
枝番	----
フリガナ	----
氏名	----
生年月日	----年--月--日
性別	----
資格取得年月日	----年--月--日
一部負担金の割合	----
被保険者氏名又は世帯主氏名	----
本人・家族の別	----
保険者番号	----
保険者名	----

＜資格情報のお知らせ 見本＞ A4用紙

***** 様

(保険者名) FUJI健康保険組合
(保険者番号) 06232094
(住所) 愛知県稲沢市山町茶屋山1-9番地

資格情報のお知らせ

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
また、あなたの資格情報のデータ登録が完了しましたので、交付年月日の3日後（予定）より、マイナ保険証により医療機関等の受診が可能となります。
※データ連携の際、万が一エラーが発生した場合は、別途ご連絡いたします。
なお、このお知らせのみでは医療機関等を受診することはできません。

本人（被保険者）	記 号	番 号
氏 名	*****	*****
フリガナ	*****	*****
資格取得年月日	*****	*****
交付年月日	*****	*****

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら →

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
（このお知らせのみでは受診できません）

資格情報のお知らせ
本人（被保険者） 令和7年10月3日 交付
(保険者名) FUJI健康保険組合
(保険者番号) 06232094
記 号 番 号 (枝番) 00
氏 名
資格取得年月日 平成18年4月1日
受診の際にはマイナ保険証とあわせて必要です

＜資格確認書 見本＞ A4用紙

健康保険資格確認書	
本人（被保険者）	令和 7 年 1 0 月 3 日 交付
記 号	番 号 (枝番)
氏 名	
性 別	
生 年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	
一 部 負 担 金 の 割 合 発 効 年 月 日	
有 効 期 限	
保 険 者 番 号	0 6 2 3 2 0 9 4
保 険 者 名 称	F U J I 健康保険組合

ログイン後、トップページの資格情報のお知らせを選択