

記入例

施設利用申請書兼証明書

2024 年 12 月 10 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)	<input checked="" type="checkbox"/> FUJI <input type="checkbox"/> アドテック富士 <input type="checkbox"/> エデックリンセイ <input type="checkbox"/> FUJIリニア <input type="checkbox"/> FUJI健保 <input type="checkbox"/> 任意継続						
	所属名	〇〇部〇〇課						
	記号-番号	1101 - 1234	氏名	健保 太郎				
利用施設名		琵琶湖マリオットホテル						
利用日		2024 年 12 月 28 日 ~ 2024 年 12 月 31 日 1 泊						
利用者	記号-番号	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	続柄	年齢	備考	支給決定	
	1101 - 1234	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	本人	42	<input type="checkbox"/> 扶養外家族 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 4~6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	-	健保 花子	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	妻	40	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養外家族 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 4~6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	1101 - 1234	健保 一郎	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	長男	5	<input type="checkbox"/> 扶養外家族 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input checked="" type="checkbox"/> 4~6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	1101 - 1234	健保 二郎	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	二男	4	<input type="checkbox"/> 扶養外家族 <input checked="" type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 4~6歳(未就学)だが寝具使用	可	否
	-	山田 富士夫	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	友人	40	<input type="checkbox"/> 扶養外家族 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 4~6歳(未就学)だが寝具使用	該当する項目があれば☑してください。	
補助金額		健保使用欄						

【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、承認を得てください。
そうしない場合、補助を受けることはできません。
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(「資格確認書」)
または「資格情報のお知らせ」を提示してください。
* 「資格情報のお知らせ」は、マイナポータルに登録されている【資格情報画面】で代用可能です。操作方法は裏面を参照ください。
* 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 伺	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。