

記入例

施設利用申請書兼証明書

2023年3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						
	保険証 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		2023年3月25日 ~ 2023年3月26日 1泊						
利用者	保険証記号番号	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	可	否
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。(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 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。				