2024年度

受付月日 ： 年 月 日
受付番号 ： 2024 －

富士石油健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担 当

宿泊費補助金申請書

申請者名(被保険者)	記 号	番 号	所 属 事 業 所

補助対象利用者		※補助金対象者のみ記入して下さい。			※太枠内は健保組合記入
記 号	番 号	氏 名	年齢	続柄	※ 補 助 金 額
					円
					円
					円
					円
					円
		合計 名		補助金合計	円

補助金振込先(任継者のみ記入)	事業所に在籍する被保険者への補助金は、給与振込にて支給しますので本欄への記入は不要です。			
金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	被保険者の口座名(ﾌﾘｶﾞﾅ)
銀行	支店	普通		

※利用証明欄は宿泊先に記入を依頼し証明を受けて下さい。(証明印が無いものは申請できません)

利用証明欄			
	利用年月日	自 年 月 日 ( )	＿＿＿泊
		至 年 月 日 ( )	
	利用者数(宿泊先記入)	大人 名 ・ 子供 名 ・ 幼児 名 (12歳以上) (3歳以上12歳未満) (3歳以下)	合計 名
	＜宿泊先のご担当者様へ＞ お手数ですが利用証明のご記入をお願いします 上記「補助対象利用者」欄には、健康保険組合から補助を受ける者のみが記載されていますが、本証明欄には**宿泊費用が発生した利用者数**をご記入願います。	上記の通り利用したことを証明します。 ・住所 ・施設名 ㊞ ・TEL	

補助金申請方法 と 注意事項	補助金の給付が出来ない場合
1. 補助金申請書は予め申請者名・利用者名を記入して宿泊施設に持参し「利用証明欄」に証明を受けてください。 2. 原則として**被保険者もしくは被扶養者名が記載されている個人名宛領収書の原本**を添付してください。クレジットカード支払いの売上伝票の控えは不可とします。(領収書必須) 3. 申請要件 (1)申請者 被保険者 (2)補助対象利用者 被保険者及び被扶養者 (3)対象期間 4月1日～翌年3月31日 (4)補助金額 年度内1人1回1泊8,000円(3歳以上12歳未満は4,000円)を上限とする実費 旅行会社等が企画・販売する交通費込みの宿泊パック旅行を利用する場合には、費用総額を宿泊日数および人数で除して得られる金額を1泊あたりの宿泊費とみなして補助を行います。 4. 補助金申請は、**原則として翌年度4月の第1水曜日を提出期限(健保組合必着)**とします。 期限に間に合わない場合で、健保組合に事前連絡がない場合には補助できないことがあります。	1)宿泊を伴わない旅行、車中泊、海外旅行 2)研修・出張等業務関連の宿泊 3)会社の保養所を利用する場合、 会社補助が支給される場合 4)領収書の原本が添付できない場合 ※(4)補助金額の補足(連泊時の処理) 連泊時の領収書または明細項目の金額に1泊分の金額が無い場合、領収書金額を泊数で除し円未満を切捨てた金額を1泊費用として補助を行います。 連泊時の金額が明細書により宿泊日毎に異なる場合は、高い金額に対し補助を行います。

◎この申込書にご記入いただいた個人情報は、補助金支給のみの目的にのみ使用します。本人の承諾なしでの第三者への提供は行いません。