

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事	事務長	主査	係

海の家(ホテル・旅館等)利用補助金交付申請書

※ 伺 い	支給決定額
	¥

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長様

平成 年 月 日

利 用 代 表 者	組合員氏名				(印)
	自宅住所	〒			
	被保険者証	記号	番号		
	勤務先店舗名				
	勤務先電話番号	()			
ホ テ ル ・ 旅 館	所在地				
	名称				
	利用年月日	平成 年 月 日	から	(泊日)	平成 年 月 日まで
利用した海水浴場名		都・県	海岸・海水浴場		
振 込 先	銀行・信用金庫		店		
	口座番号	普通・当座・貯蓄	NO.		
	フリカナ	名義			

利 用 者 全 員 を 記 入	氏名	被保険証番号	区分	*泊	*補助金額	備考
	1			1. 組合員 2. 家族		
2			1. 組合員 2. 家族		円	
3			1. 組合員 2. 家族		円	
4			1. 組合員 2. 家族		円	
5			1. 組合員 2. 家族		円	

- (注) 1. この申請書は、組合員・家族が7月・8月に海水浴を目的として海の家(ホテル・旅館等)を利用した場合に組合から補助金(2泊まで)受けるために提出するものです。
2. この申請書に添付するもの
・宿泊したホテル・旅館等の領収書(原本)
領収年月日・あて名・金額・人数等が明記されているもの
3. 補助額は、組合員 1泊 3,000円
家族 1人につき 1泊 2,000円(但し、3歳未満の者で宿泊料が補助額に達しない場合は対象外)です。
4. 『利用した海水浴場名』は必ず記入してください。
5. ※印欄は、記入しないでください。