

保養施設宿泊利用券・助成券交付申請書

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

保養施設名称						施設コード
利用年月日	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 () 泊					
利 用 代 表 者	利用者氏名(組合員)					
	連絡先店舗名称					
	店舗住所 連絡先 電話番号	〒 - () ☎				
	利用券・助成券送付先	〒 -				
利 用 す る 者 全 員 記 入 (代 表 者 も 含 む)	氏名	被保険者証 記号・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		
	3			1. 組合員 2. 家族		
	4			1. 組合員 2. 家族		
	5			1. 組合員 2. 家族		
	6			1. 組合員 2. 家族		
	7			1. 組合員 2. 家族		
	8			1. 組合員 2. 家族		
	9			1. 組合員 2. 家族		
10			1. 組合員 2. 家族			

- 注) ① この申請書は、希望する保養施設に宿泊予約を済ませてから提出してください
 ② この申請書は、国民健康保険組合宛に郵送又はFAXしてください (FAX 048-827-0082)
 ③ 「※」印欄は、記入しないでください
 ④ 補助額は、1泊組合員 3,000円、家族一人につき 2,000円 年間3泊まで補助いたします