

ミツバ健康保険組合  
保養所 利用料補助申請書

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|------|-----|-----|
|      |     |     |

| 保養所名      | 名称                        |           |                |        | TEL |          |         |         |
|-----------|---------------------------|-----------|----------------|--------|-----|----------|---------|---------|
|           | 所在地                       |           |                |        |     |          |         |         |
| 利用期間      | 自令和 年 月 日( ) 至 年 月 日( ) 泊 |           |                |        |     |          |         |         |
| 保養所への予約   | 有 無                       | 保養所到着予定時刻 |                | 月 日( ) |     | AM<br>PM | 時頃      |         |
| 利 用 者 内 訳 |                           |           |                |        |     |          | ※ 健保 使用 |         |
| 所属略号      | 記号・番号                     | 氏 名       | 性 別            | 本 人    | 扶   | 続 柄      | そ の 他   | 補 助 金 額 |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         | 円       |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
|           |                           |           | 男 女            |        |     |          |         |         |
| 合 計       |                           | 名         | ※印は記入しないでください。 |        |     |          | 計       |         |

|     |      |       |       |
|-----|------|-------|-------|
| 振込先 | 銀行名  | 銀行    | 支店    |
|     | 口座種類 | 1. 普通 | 2. 当座 |
|     | 口座番号 |       |       |

- ・ 補助金は被保険者（利用代表者）の口座振り込みとなります

令和 年 月 日

## 事 業 所 名

利用代表者氏名

## 社内電話

## ミツバ健康保険組合 御中

|       |             |   |
|-------|-------------|---|
|       | <u>利用人員</u> | 名 |
| 保 養 所 |             |   |
| 確 認 印 | 印           |   |