

保養施設利用補助金請求書

令和 年 月 日

大阪府小売市場国民健康保険組合 様

下記により保養施設利用補助金を請求します。

被保険者証 記号・番号	記号		番号						市場・商店会(街)名	
組合員氏名										(印)
住所 電話番号	〒 - Tel () -									
利用期間	自 令和 年 月 日		至 令和 年 月 日		泊		請求人数		名	
利用目的										
利用者 (補助額 組合員 4,000 円 家族 2,000 円)	氏名		証明印		※宿泊施設の方へ (お手数ですが、証明印の欄に利用者人数分のご捺印と併せて、下記の宿泊証明欄のご記入をお願いします。) 合計 円					
	1									
	2									
	3									
	4									
宿泊証明 ※宿泊施設の方へ (お手数ですが、利用内容を確認いただき、ご記入・ご捺印の上、利用者にお渡しください。)	上記の通り宿泊したことを証明いたします。 令和 年 月 日 住所 宿泊施設名 (印)									

提出書類：本紙・振込口座連絡票

受付印

決 裁	副理事長	事務局長	課長	係員
令和 年 月 日				