

保養施設利用補助金請求書

令和 年 月 日

提出先：大阪府小売市場国民健康保険組合

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										
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		
	1							（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。）		
	2									
	3									
	4									
						合計	円			
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	常務理事	事務局長	課長	担当者
令和 年 月 日				