|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支  給  伺 | 支給決定年月日 | 支給決定額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 年　月　日 | 円 |  |  |  |
| 決裁年月日 |
| 年　月　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

≪申請から給付の流れ≫

**保養所利用補助金支給申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用保養所名 |  | | |
| 利用年月日 | 年　 月　　日　　～　　年　　月　　日/　 　泊　　日 | | |
| 利用被保険者・被扶養者氏名**（小学校就学児童以上のみ記入**） | 保険証記号・番号 | 氏　　　　名 | 備考 |
| － |  |  |
| － |  |  |
| － |  |  |
| － |  |  |
| － |  |  |
| 上記のとおり保養所利用補助金の交付を請求します。  また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。  **アルバック健康保険組合　理事長　殿**　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  被保険者 住 所  氏 名 | | | |

【注意事項】申請前にご確認下さい。

●宿泊施設(ホテル・旅館等)の個人(被保険者)宛の領収書の原本を添付下さい。被扶養者(家族)のみが利用した場合は、利用者名宛の領収書原本を添付下さい。

●補助は、年度内(4月～翌3月)１回です。補助金額は、被保険者1人当たり4,000円、被扶養者(小学生以上) 1人当たり3,000円です。但し、連泊しても1回とします。自己負担額が補助金額の上限を下回る場合、補助金額は自己負担相当額となります。

●パッケージツアーはすべて対象外です。（個人で申込みをした海外のホテルも対象外です。）

●クーポン・ポイント等による支払分は補助金の対象外です。

受付印