任継

保険証記号
5000

常務理事	事務長	事務次長	扱　者

契 約 旅 館 利 用 補 助 金 申 請 書

利 用 期 間	月　　日（　曜日）～　　月　　日（　　曜日）　　泊　　日
旅 館 の 場 所 名 称	

申　請　者　の　氏　名

証番号	氏　名	続柄	証番号	氏　名	続柄	証番号	氏　名	続柄

補助金の申請額	被保険者　2，000円　×　　名　＝　　円 被扶養者　1，000円　×　　名　＝　　円 合　　計　　円

契約旅館利用補助金を申請致します。

年　　月　　日

神奈川県機器健康保険組合

理事長　殿

被保険者住所

被保険者氏名

ご連絡先

※補助金は被保険者本人2，000円　被扶養者1，000円以内の実費補助となります。
（他の補助、割引等を併用するなどし、実費金額が被保険者本人補助金額、被扶養者補助金額に満たない場合には補助金額限度内での補助となります。）
※宿泊施設の領収書（写しでも可・宿泊者のお名前・人数・宿泊金額などの明細が確認できるもの）を添付してください。
※なるべく、利用日から3ヵ月以内の申請をお願いいたします。
※申請者が被扶養者の場合、委任状欄の申請代表者は申請被扶養者を扶養している被保険者としてください。
※補助は国内旅行のみとします。（海外旅行への補助は致しません。）