

契約保養所

補助金請求書

申請年月日 年 月 日

(受付No.)

取扱旅行社

被保険者証番号			
支 部 名 (所属医師会)			
住 所	〒		
電 話 番 号			
申 込 者 氏 名		印	

※インターネットでの申し込みは対象外です。

宿泊月日及宿泊施設

宿泊月日	県名	宿泊施設名	利 用 人 数		
			大 人	小 人	計

利 用 者 名

被 保 険 者 証 番 号	利 用 者 名	年 齢	性 別	組・准・家・ 准家の別	補 助 金 額 内 訳		
					支給決定	補助金	泊数 補助金額
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
					可・不可	×	=
		合 計		名	補助金額		

医師国保にご加入の方のみ、補助金は適用されます。

上記の保養施設利用を承認する。

年間（4月～3月）に2泊までご利用できます。

年 月 日

兵庫県医師国民健康保険組合 印

取扱営業所		クーポン発行日		クーポン発行額	
				未 収 金	

旅行終了後の申請は認められませんので、ご注意ください。