

旅行利用補助金請求書

(音羽健保)

(事業所)

音羽健康保険組合

理事長 殿

常務理事	事務長	係

責任者	係

下記のとおり補助金を請求します (請求日) ○○○○年 ○○月 ○○日 (健保受付日) 月 日

申請者	事業所	記号	会社名	部署	部署名
	16				
氏名	保険証番号		音羽 一郎		印
	100				

1. 宿泊内容

期 日	宿泊先名称	宿泊先所在地
① 1月22日(火)～1月24日(木) (1)泊 (2)日	エクスプ伊豆	静岡県伊東市富戸1317-5243
② 月 日()～ 月 日() ()泊 ()日		
③ 月 日()～ 月 日() ()泊 ()日		
④ 月 日()～ 月 日() ()泊 ()日		

- * 旅行代金が一人あたり1泊5,000円に満たない場合は、100円未満を切り捨てた実費支給。
- * 「補助金対象者名(被保険者本人)、宿泊数、宿泊先名、旅行代金」等が明記してある「領収書」(コピー不可)を必ず添付して下さい。カード支払の場合でも、名前が入った領収書を添付すること。ツアー旅行は宿泊先のわかる日程表を添付(コピー可)してください。
- * 提出された補助金請求書に関しましては、翌月遅くても翌々月の25日までにお支払い致しますので、ご確認ください。
- * 補助金の請求は年度内(当年4月1日～翌年3月31日)利用の請求を原則とします。補助金の請求は4月1日(土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日)を年度分最終提出期限とします。

2. 補助金請求額 * 申請は各々被保険者がご自身にて行ってください。

被保険者 5,000円 × 2 泊 = 10,000 円

合計 10,000 円

健保確認欄

3. 振込銀行 * 被保険者本人(申請者)の口座に限る

(以前に音羽健保より振込のあった方は登録されていますので記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード	支店コード	普通預金	