

| クボタ健康保険組合 記入欄 | | | | | | |
|---------------|----------|-----|----------|----|----------|--------|
| 支給決定及び支払伺 | 五款 保健事業費 | | 一項 保健事業費 | | 五目 体育奨励費 | |
| | 任意継続 | 費用 | | | 上限額 | 助成金支給額 |
| | | 円 | | | 5,000円 | 円 |
| | 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 担当 | 支払年月日 |
| | | | | | 令和 年 月 日 | |

保養助成金請求書

| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 番号 | 名称 | 任意継続 |
|-----------------|----------|----|----------|-------------------|
| 宿泊旅行 総費用 | | | 円 | ※支給する上限額は5,000円です |
| 利用日 | 令和 年 月 日 | ～ | 令和 年 月 日 | |
| 行先 | | | | |

【注意事項】

| | |
|---------|---|
| 期 間 : | 1年間(4月1日～翌年3月31日) |
| 対 象 者 : | 任意継続被保険者 |
| 申請回数 : | 上記期間中に1回。 3月31日までに利用したものは4月3日【健保必着】までに申請してください。 |
| 申請方法 : | 宿泊旅行をした時に申請してください。 申請書と領収書(原本)を直接、クボタ健康保険組合へ送付してください。 5,000円を限度とする実費を支給します。 |
| 支払方法 : | 月末締切、翌月の(株)クボタ給与支払日に支給します。 |

クボタ健康保険組合理事長 殿

上記の通り利用しました。領収証等必要書類を添付して請求いたします。
尚、支払方法については、クボタ健康保険組合に一任いたします。

〒

令和 年 月 日

被保険者住所

電話番号

被保険者氏名