



# 健康増進宿泊補助請求(領収)書

※被保険者・被扶養者ともに年度内1回 金額欄は2,500円を上限とした実費を記入してください。

(利用施設名)		利用日	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	泊 日	補助を受ける人数	名
健保番号	利用者氏名	続柄	健保番号	利用者氏名	続柄		
請求金額合計							円

添付書類:領収書(写し)...宿泊の「利用施設名」、「利用日」、家族で宿泊の場合の「宿泊人数」の記載。領収書の宛名は、宿泊した被保険者もしくは被扶養者の名前(フルネーム)の記載をお願いします。

平成 年 月 日

(請求者:被保険者)

健保組合確認

事業所確認

会社名(店舗・課名) \_\_\_\_\_

そごう・西武健康保険組合

氏 名 \_\_\_\_\_ 印