



契約保養所 利用補助金申請書 (休暇村)

ジェイティ健康保険組合理事長 殿

補助金の受領を事業主に委任します。(給与支払)

		申請年月日	令和	年	月	日					
申請者	保険証	記号	番号		被保険者氏名						
	住所	〒 ※書類不備があった場合の返却先をご記入ください。									
	問い合わせ連絡先	TEL	—	※日中連絡がとれる番号をご記入ください。 (自宅/職場/携帯電話) いずれか選択してください。							
	利用休暇村	名称									
申請対象者について	氏名 <small>(保険証の記号・番号が申請者と同一)</small>		本人 家族	利用日 <small>(宿泊を伴う利用に限る)</small>		健保 使用欄					
	1人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
	2人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
	3人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
	4人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
	5人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
	6人目			令和	年	月	日	～	月	日	(泊)
※上記太線枠内をご記入ください。			利用料金合計		人分	円					

確認欄	この申請書については、①および②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないことを申請者本人が確認している。
上のボックスに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。	

※補助金申請のご注意

添付資料：休暇村の領収書(原本) <ホチキス止めや糊付けをしないでください>

- 補助対象者は、宿泊日にジェイティ健康保険組合の被保険者または被扶養者の資格を有する方です。
(お子様は、宿泊日に4歳以上の方が対象です。)
- 補助金は、保養を目的とする宿泊に限りますので、出張、職場での親睦行事等は対象外となります。
- 補助金は、被保険者1泊につき2,000円、被扶養者1泊につき1,000円です。(年間2泊まで)
- 補助金は、申請を受け付けた翌月または翌々月に、事業主を経由し給与に上乗せして支払います。
- 退職者など事業主からの給与の支払を受けていない被保険者のみ、指定口座に振り込みます。
(任意継続被保険者の方は、任意継続被保険者資格取得申請時に登録した金融機関口座へ振り込みます。)

健保組合受付印

• 申請書送付先・問い合わせ先：

〒105-6927 東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー

ジェイティ健康保険組合 保健事業担当 TEL：03-6636-2001