

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係	担当者

契約保養所利用申込書

契約保養所	所在地								
	名称								
利用期間	令和	年	月	日	～	月	日	泊	日間
利用人数	本人	名	補助金 対象人数	被保険者		名			
	家族	名		被扶養者		名			
健康保険委員名						⑩			
<p>サニーピア健康保険組合 御中 上記のとおり、利用申込みします。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____ 利用申込代表者氏名 _____ (被保険者) _____ ⑩</p>									

利用者名を下記にご記入ください。(申込代表者も含む) ※書ききれない場合は、『契約保養所利用者一覧』に記入してください。

番号	続柄	氏名	番号	続柄	氏名

***** 利用上の注意 *****

1. 利用希望者は、
 - (1) 近畿日本ツーリスト(株)の支店およびKNTツーリストの営業所に予約申込みしてください。※被保険者証をご持参ください。
(なお、緊急等の場合、直接保養所に予約申込みもできます。)
 - (2) 健保連共同利用保養所の各保養所のお申込み先(保養所窓口又は管理組合)へ予約申込みしてください。
2. 予約成立の場合は申込書を健康保険組合総務課へ健康保険委員経由で提出してください。
3. 補助金請求の場合は、補助金支給申請書に領収書(原本、利用人数の記載されたもの)を添付してください。
4. 申込書は、必ず予約日の7日前までに提出してください。
5. 補助金は年1回、被保険者3,000円・被扶養者2,000円支給します。(被扶養者は利用料を支払った者に限ります。)
6. 予約成立後、期日が切迫してから取消し並びに変更をすると、違約金がかかる場合があります。

契約保養所利用者一覧

保養所名称		利用者数	本人:	名	家族:	名
-------	--	------	-----	---	-----	---

利用者名を下記にご記入ください。(申込代表者も含む)

番号	続柄	氏名	番号	続柄	氏名

契約保養所補助金支給申請書

事業所名		利用人数	本人名・家族名
利用期間	自 令和 年 月 日	補助金請求人数	被保険者名・被扶養者名
	至 令和 年 月 日 泊 日間	補助金請求金額	¥
保養所	名称		
	所在地		
サニーピア健康保険組合 御中 上記のとおり保養所を利用しましたので、補助金を請求します。 令和 年 月 日			
		〒	-
		支給決定通知 送付先住所 _____	
		利用代表者氏名 _____ (被保険者) _____ (印)	

上記の保養所を利用し、補助金の受領に関する権限を利用代表者に委任します。

契約 保養所 利用者 委任欄	被 保 険 者	番号	氏名	(印)	番号	氏名	(印)
	被 扶 養 者						

希望振込先	金融機関名		支店名	
	普通・当座	口座番号(右づめ)	(フリガナ)	
		_____	_____	
		_____	口座名義	

受取 代理人 委任欄	本申請に基づく補助金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	〒 -			
	利用代表者住所 _____			
	利用代表者氏名 _____ (印)			
	〒 -			
受取代理人 記入欄	代理人住所 _____			
	代理人氏名 _____ (印)			

※注意事項

- ・請求者が2名以上の場合は(家族でも)必ず委任の形をとってください。(会社振込希望者は健康保険委員または担当者に委任してください。)
- ・補助金は被保険者3,000円・被扶養者2,000円を年1回(4/1~3/31)支給します。
- ・補助金の請求は承認された人数内に限ります。
- ・契約保養所の領収書(原本、利用人数の記載されたもの)を添付してください。
- ・契約保養所利用者委任欄を超える人数での申請の場合は、『契約保養所利用者委任用紙』に記入し提出してください。
- ・利用代表者も契約保養所を利用し補助金を請求する場合は、代表者自身も『契約保養所利用者委任欄』に記入してください。
- ・『契約保養所利用者委任欄』には、補助金支給対象者(当組合の被保険者・被扶養者で年度内に契約保養所の補助金を受領していない者)のみ記入してください。

契約保養所利用者委任用紙

保養所名称		補助金 請求人数	被保険者： 名	被保険者： 名
-------	--	-------------	---------	---------

上記の保養所を利用し、補助金の受領に関する権限を利用代表者に委任します。

被 保 険 者	番号	氏名	印	番号	氏名	印	
	1				16		
	2				17		
	3				18		
	4				19		
	5				20		
	6				21		
	7				22		
	8				23		
	9				24		
	10				25		
	11				26		
	12				27		
	13				28		
	14				29		
	15				30		

被 扶 養 者	番号	氏名	印	番号	氏名	印	
	1				4		
	2				5		
	3				6		

※注意事項

- ・利用代表者も契約保養所を利用し補助金を請求する場合は、代表者自身も氏名を記入してください。
- ・本用紙には、補助金支給対象者(当組合の被保険者・被扶養者で年度内に契約保養所の補助金を受領していない者)のみ記入してください。

サニーピア健康保険組合