

健康増進補助金交付申請書

宿泊施設名	○○○○○				
利用年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日 から 令和 ○○年 ○○月 ○○日				
所属事業所	保険証記号番号	利用者氏名	続柄	年齢	補助金額 円
○○○○株式会社	000-0000	健保 太郎	本人	○○	2,000
	—	健保 愛子	妻	○○	1,500
	—	健保 二郎	長男	○○	1,500
	—	健保 幸子	長女	○○	1,500
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
	—				
			合計	6,500	

上記利用につき、領収書を添えて申請します。
令和 ○○年 ○○月 ○○日

申請者代表
被保険者名.....健保 太郎 健保印

※ ① 補助金申請に際しては必ず申請者ご本人のフルネームが記載された領収書の原本
(コピー不可)を添付してください。

② 補助金は1人1泊旅行を1回とみなし、年度内4回までを限度とします。
(ただし、同一宿泊地の連泊は1泊分のみ)

③ 1名分の規定宿泊料金が5,000円未満の場合は補助の対象となりませんので、
ご注意ください。

④ 申請期限は施設利用の最終日より2ヶ月以内です。

補助金額	被保険者	2,000円
	被扶養者	1,500円