

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限  
・  
年度内（3月末）

保養施設補助交付申請書					
被保険者記号番号		熊歯 ・ —		組合員住所	
				組合員氏名	
※甲種組合員氏名				※申請が甲種組合員の場合は記入不要	
利用施設名					
施設利用期間					
自 平成 年 月 日					
至 平成 年 月 日 _____ 泊					
NO	被保険者 枝番号	利 用 者 氏 名		NO	被保険者 枝番号
1				7	
2				8	
3				9	
4				10	
5				11	
6				合 計	名
補助金 振込先		_____銀行_____支店 普通・当座 口座番号_____			
		フリガナ 口座名義 _____			
		※口座名義等は、振込みに必ず必要ですので正確にご記入ください。			
備 考	上記の者が、宿泊したことを証明します。				
	<div style="text-align: right;">ホテル確認印</div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>				
※どうしても領収書がとれない場合、ホテルの確認印を押印していただいでください					
※旅行バック、クーポン等で宿泊利用の場合、必ずホテルの証明（印）の押印もしくは宿泊証明書の添付をお願いいたします。					
上記により申請いたします。					
平成 年 月 日					
〒					
組合員 住 所					
氏 名					
⑩					
熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

<b>必ず下記事項をお読みください。</b>	補助金額	円
------------------------	------	---

**※領収書（宿泊者の確認ができるもの）を必ず添付してください。**  
 （旅行会社の領収書しか取れない場合、その領収書、上記備考欄の宿泊ホテルの証明もしくは宿泊証明書等を別途添付してください。）

**※振込先は、原則として組合員本人の口座をご記入ください。** 組合員以外の口座の場合は、別紙委任状が必要になりますので組合宛ご連絡いただくか、ホームページよりダウンロードしてご利用ください。