

年	月	日	支給	円
本件、支給してよろしいか				

宿泊旅行補助金申請書

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

※必ず、宿泊施設の証明を受けてください。

※給付金はあらかじめ届け出ていただいた口座に振り込みます。

記号番号	建	—	組合員氏名	(印)	
住所					
宿泊日	年	月	日	宿泊人数	人
宿泊施設名					
宿泊者氏名(長建国保に加入している人のみ)		資格口	年度内補助	備考	
①		有・無	有・無		
②		有・無	有・無		
③		有・無	有・無		
④		有・無	有・無		
⑤		有・無	有・無		

◆宿泊施設証明欄

宿泊施設各位

お手数ですが、当国保組合の被保険者の利用に際し、**宿泊日・宿泊人数・施設の名称・宿泊者氏名**について貴施設の証明をくださいますようお願い申し上げます。

宿泊施設証明欄	上記のとおり、当施設に宿泊したことを証明します。 <div style="text-align: right;">(印)</div>
---------	---

<注意事項>

- ◆補助の対象者は長野県建設国保組合の被保険者(組合員・家族)に限ります。
- ◆2019年4月以降の宿泊が補助対象です。
- ◆宿泊施設の証明がない場合は無効です。
- ◆施設の証明がもらえなかった場合は
 - ①宿泊施設が発行した領収書
 - ②宿泊日と宿泊人数
 - ③宛名が被保険者(組合員または家族)の記載がある領収書の原本を提出してください。
- ◆年度内(4月1日～翌年3月31日)1人1回のみ補助します。
- ◆この様式は長野県建設国保組合のホームページからダウンロードできます。

所属組合の確認	組合名 組合長 <div style="text-align: right;">(印)</div>
	年 月 日

※長建国保記入欄

補助金額	@2,000円 × 名 = 円
------	---------------------------