様式第26-1号

			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。
※年度内（4月1日～翌年3月31日）1人1回のみ補助します。

記号番号	建　　—	組合員氏名	
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	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	
⑥		有 ・ 無	有 ・ 無	

※国保処理欄	@2,000円 ×　　名

◆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。 ㊞

＜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。
◆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下記の記載がある領収書（コピー可）を添付してください。
①宿泊施設名
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）
◆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。