

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。
 ※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	
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。 <div style="text-align: center;">(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。
- ◆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。