

宿泊助成金請求書

健保組合記載欄

本 人
家 人
小 人

金 円 也

※助成金額は1泊につき大人 **2,000** 円、小人(小学生)**1,500** 円です。

保険証の		利用者氏名	性別	年齢	本人 家族 の別	宿泊期間	泊数
記号	番号						
			男・女		本人・家族	～	
			男・女		本人・家族	～	
			男・女		本人・家族	～	
			男・女		本人・家族	～	
			男・女		本人・家族	～	
			男・女		本人・家族	～	

旅館・ホテル証明欄	下記のとおり、宿泊したことを証明いたします。
	宿泊期間 令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 泊
	証明日 令和 年 月 日
	宿泊施設 所在地 名称

請求者 住所
氏名
電話番号 ()

振込先	金融機関名	銀行 支店番号 ()						郵便局
	預金種別	普通当座	口座番号				(ゆうちょ銀行の口座のない方) 記号-番号	
	口座名義		フリガナ					

※振込先は、通帳等を確認のうえ正しくご記入ください。

※請求者以外の口座に振込む場合は下の委任状にご記入ご捺印ください。

私は () に宿泊助成金の受領に関することを委任します。
令和 年 月 日
請求者 住所
(私) 氏名

受付日付印

※助成金の支給回数は、年間 (4/1～3/31) 3泊までです (除く車中泊)。

東京都歯科健康保険組合