

三陽商会健康保険組合宿泊補助利用申込書

※太枠内をご記入ください。

氏名			
住所	〒 -		
電話番号	勤務先	メールアドレス	
	携帯	(PC 又は携帯)	
※FAX 番号			
健康保険証の 記号 - 番号	-	H.I.S. 予約番号	
ツアー 又は ホテル名			
出発日 又は 宿泊日	年 月 日	期間	泊 日

補助金申請 代表者名 (以下の中から1名)							
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号	補助金申請者氏名	性別	年齢	続柄	区分	支給 決定	補助金額 ※空欄は申請通り 減額時のみ記入
1	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円
2	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円
3	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円
4	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円
5	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円
6	-	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他被扶養者	可・否	円

※メールアドレス未記入の方には FAX 又は郵送にて承認の通知を致します。

FAX での返信をご希望の方は必ず FAX 番号をご記入ください。

<用紙送付先> 三陽商会健康保険組合

〒160-0003 東京都新宿区四谷本塩町6-14 三陽商会ビル5階
TEL: 03-5363-5340



FAX:03-5363-5343

承認補助金額計

円

承認印