

# ヘルスツーリズムプログラム利用補助申請書

雪印メグミルク健康保険組合

ヘルスツーリズム認証委員会が認証したヘルスツーリズムプログラムに、当健保組合被保険者・被扶養者が利用申し込みする場合、プログラムの料金に応じて1人5,000円(税込)を上限に補助します。

利用先に申し込み後、健保組合にこの補助申請書を送付願います。健保組合で補助承認印を押印し、返送しますので、利用当日にプログラム実施者へ提出してください。

当日、窓口では補助額を差し引いた額をお支払いいただきます。

参加プログラム名：

所属事業所名	氏名	生年月日 (和暦)	被保険者/被扶養者/その他 ※○をしてください。	プログラム金額	補助額 ※上限5,000円
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
※被保険者・被扶養者のみ補助。その他は補助額無し。				合計	

※電話は昼間連絡がとれる番号。

申込者氏名：	電 話：
	Email：
申込者住所：	

## 【本利用補助申込書送付先】

〒102-0073

東京都千代田区九段北四丁目1番3号

飛栄九段北ビル8階

雪印メグミルク健康保険組合・業務一課 宛

TEL：03-5362-0241

健保組合・補助承認

# ヘルスツーリズムプログラム利用補助申請書

～記入例～

雪印メグミルク健康保険組合

ヘルスツーリズム認証委員会が認証したヘルスツーリズムプログラムに、当健保組合被保険者・被扶養者が利用申し込みする場合、プログラムの料金に応じて1人5,000円(税込)を上限に補助します。

利用先に申し込み後、健保組合にこの補助申請書を送付願います。健保組合で補助承認印を押印し、返送しますので、利用当日にプログラム実施者へ提出してください。

当日、窓口では補助額を差し引いた額をお支払いいただきます。

参加プログラム名： 沖縄県南城市 逃げ旅シリーズ 聖地リトリート

所属事業所名	氏名	生年月日 (和暦)	被保険者/被扶養者/その他 ※○をしてください。	プログラム金額	補助額 ※上限5,000円
●●株式会社××工場	健保 太郎	S60.7.15	被保険者・被扶養者・その他	8,750円	5,000円
-	健保 花子	H24.2.0	被保険者・被扶養者・その他	8,750円	5,000円
-	長生 健子	R1.10.30	被保険者・被扶養者・その他	8,750円	0円
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
			被保険者・被扶養者・その他		
※被保険者・被扶養者のみ補助。その他は補助額無し。				合計	26,250円
					10,000円

※電話は昼間連絡がとれる番号。

申込者氏名：	健康 太郎	電話：03-123-4567
		Email：abcd@efgh.co.jp
申込者住所：	〒001-0002 東京都大阪市札幌1-2-3 沖縄ビル405号室	

## 【本利用補助申込書送付先】

〒102-0073

東京都千代田区九段北四丁目1番3号

飛栄九段北ビル8階

雪印メグミルク健康保険組合・業務一課 宛

TEL：03-5362-0241

健保組合・補助承認