様式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。<br><br>㊞ |

＜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。