契約保養所 補助金申請書
＜JFEトラベル用＞

JFEトラベル受付確認	
受付印	担当印
店舗申込以外は予約No.が受付確認となります。	
予約No.:	
ツアーコード:	

① 太枠内を記入し、JFE健康保険組合へ申請して下さい。
② 健保は、資格確認のうえ承認印済みの申請書を本人へ返却します。
③ 健保承認済みの申請書を、申込先のJFEトラベルに提出して下さい。
④ JFEトラベルに補助金を差引いた宿泊代金を支払い、「宿泊券」を受取ります。

本人記入（**太枠内のみ**ご記入・ご捺印ください）

宿 泊 日	年　　月　　日（　　）		お申込日:
宿 泊 施 設	都道府県名	宿泊施設名	利用人数（合計）・部屋数 人　　室
申 込 者 名 （被保険者）	フリガナ　　印		自宅 TEL 自宅 FAX
会 社 名	・		会社 TEL
所 属 名	・		会社 FAX
申請書 受取方法	□ FAX　（番号:　　）□ 郵送 郵送先住所（〒　　ー　　） □ 社内メール　（地区:　　）		
備考欄			

JFE 健康保険証	
記号（3桁）	番号（右づめ）→

◎利用日の3ヶ月前より健保承認.受付開始（**締切日：利用日の10日前〆健保必着**）
※被保険者が複数(職場旅行等)の場合、【別紙】団体用の申請書を添付してください

補助金 対象者（※）

	氏名 ＜被保険者(本人)・被扶養者＞	年齢	続柄	性別
1				
2				
3				
4				
5				
6				

JFE健康保険組合　記入欄

FB	ZC	補助金額	被保険者	健保承認印
		円	(@4,000) 人	
		円		
		円	被扶養者	
		円	(@3,000) 人	
		円		
		円	受付者印	

健保承認No.		補助金額 合計	円

＜補助金申請.提出先＞

社内便 ＜地区：内幸町＞ JFE健康保険組合	
総務グループ（施設管理）	電話　：03-3597-3290
	FAX　：03-3597-3329
＜郵送の場合＞ 〒100-0011 東京都千代田区内幸町1-3-3 内幸町ﾀﾞｲﾋﾞﾙ JFE健康保険組合　総務ｸﾞﾙｰﾌﾟ(施設管理)宛	

◎補助回数：一年度につき1人1回
◎補助対象はJFE健康保険証が発行されている「被保険者及び被扶養者」に限ります
但し、未就学児(利用日時点5歳以下)及び宿泊代金が補助金未満の場合は対象外です
◎宿泊日の時点で資格を喪失している場合は対象外となります
（例：被扶養者からの削除・任意継続期間満了など）
◎利用の取消・変更は、旅行会社に連絡してください
＊利用日の変更は「再申請」が必要です
＊補助金対象者が増える場合、追加分の申請書が必要です
◎旅行会社受付印・健保承認印が無いもの及び
締切後・事後申請は認められませんのでご注意ください！