

保養施設補助実施要領

1. 目 的

被保険者の健康増進の一助として保養を目的に助成補助する。

2. 対象者

佐賀県歯科医師国民健康保険組合の被保険者（甲種組合員・乙種組合員）を対象とする。

3. 補助金

組合は組合員の請求に基づき、国内の宿泊施設（ホテル、旅館等）に宿泊した場合、1年度（4月～3月）1回、1泊を限度とし保養施設補助金として3,000円を補助する。但し、費用が3,000円未満のときはその額とする。

4. 請求方法

保養施設補助申請書に領収書（コピー可）を添付し組合員が申請する。

ただし、領収書にて、宿泊日及び宿泊施設名が確認できない場合は、領収書の他に宿泊日及び宿泊施設名が確認できる、請求書又は旅程表等の添付が必要となる。

令和7年度

保 養 施 設 補 助 申 請 書

利 用 施 設 名						
施設利用期間		自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
利 用 者 氏 名			利 用 者 氏 名			
1		7				
2		8				
3		9				
4		10				
5		11				
6		12				
振込先口座	支 店 _____銀行 _____出張所 普通 ・ 当座 フリガナ _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____					
上記の者の保養施設補助を領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日 被保険者記号番号 佐歯・ _____ 組合員 歯科医院名 氏 名 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿						
● 所属する医療機関の甲種組合員証明欄（乙種組合員が申請する場合のみ記入） 上記、申請書のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 甲種組合員 歯科医院名 氏 名						

支給額	円	支給年月日	年	月	日
-----	---	-------	---	---	---

基 39	基 40	B	C	イ		