

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額
			¥

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

令和8年度 旅行費補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 (被保険者)	自宅住所	連絡先電話番号
	〒	() 平日の9時~17時に連絡のとれる番号を記入してください

年度内 4 月 か ら 3 月	1泊(回)目の申請	宿泊施設名		1泊目の申請人数
		宿泊年月日	令和 年 月 日 宿泊	人
	2泊(回)目の申請	宿泊施設名		2泊目の申請人数
		宿泊年月日	令和 年 月 日 宿泊	人
	3泊(回)目の申請	宿泊施設名		3泊目の申請人数
		宿泊年月日	令和 年 月 日 宿泊	人

申請 する 被 保 険 者 名	補助対象者 (組合加入者)	年齢	被保険者記号番号	組合員種別	区分	申請状況(必須)	※ 補助額	
	1	申請者	歳	記号番号 -	1種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input type="checkbox"/> 2泊目 <input type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/> 特定健診受診日 令和 年 月 日	¥
	2		歳	記号番号 -	1種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input type="checkbox"/> 2泊目 <input type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/> 特定健診受診日 令和 年 月 日	¥
	3		歳	記号番号 -	1種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input type="checkbox"/> 2泊目 <input type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/> 特定健診受診日 令和 年 月 日	¥
	4		歳	記号番号 -	1種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input type="checkbox"/> 2泊目 <input type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/> 特定健診受診日 令和 年 月 日	¥
	5		歳	記号番号 -	1種 <input type="checkbox"/> 4種 <input type="checkbox"/> 2種 <input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input type="checkbox"/> 2泊目 <input type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/> 特定健診受診日 令和 年 月 日	¥

補助 金 振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫	支店番号	支店名
	預金種類	普通・当座	口座番号	7桁未満は前に0を記載してください。
	口座名義	フリガナ		

- 宿泊を伴う国内旅行をした際、その旅行費用に対して補助金を交付します。
(補助額 組合員1泊につき 3,000円 家族1泊につき 2,000円 1人年度内(4月~3月) 2泊まで)
- 申請者は、1に記入してください。
- 特定健診対象者が11月30日までに特定健診を受診した場合(事業者健診結果提出者含む)は、早期受診特例により年度内3泊まで補助します。
3泊目を申請する際は、3泊目チェック欄の特定健診受診日を必ずご記入ください。
* 受診方法Aは、受診月の約2ヶ月後に組合へ届く結果報告を確認してからの手続きとなりますので、交付まで多少お時間を要します。
- 申請する被保険者の組合員種別(第1種~第5種)、区分(組合員・家族)は、該当する□に✓を入れてください。
- 申請状況(必須)の欄は、何泊目の申請かを確認するため、必ず□に✓を入れてください。
- 2名以上で旅行し、領収書の宛名が申請者のみの場合は、続紙「同行者証明書」に同行者氏名を記載し、申請者の署名をお願いします。
(1人旅行・領収書に同行者名の記載有り・同行者各々の領収書・別途、宿泊証明書がある場合等は必要ありません。)
- 申請者は、当組合の被保険者で旅行者(領収書の宛名の方)に限ります。
- 申請時に「領収書(原本)」の添付をお願いします。
領収書及び申請についての注意事項等は、続紙「同行者証明書」に記載されておりますのでご確認ください。

* 補助対象外 ①日本国外の旅行 ②職場が負担する福利厚生職員の職員旅行
③1泊にかかる費用が補助額未満 ④費用が発生しない3歳未満児等

資格喪失後の申請は喪失日から3ヶ月以内のみ受付可

受付印

同行者証明書

「領収書」の宛名が申請者のみの場合、同行者の証明として記載し、署名をお願いします。

被同行者た	1 申請者	6	11	16
	2	7	12	14
	3	8	13	18
	4	9	14	19
	5	10	15	20

旅行費補助を申請するに当たり、提出した領収書は上記同行者分も含まれていることに相違ありません。

申請者署名（領収書の宛名である被保険者）

領収書についての注意事項

- 1 原本を提出してください。
- 2 連泊ではなく別日で2泊分（3泊分）を同時申請する場合は、それぞれ添付してください。
- 3 請求書のみは不可です。
支払ったことが明確な領収書の添付が必要です。
- 4 領収書の宛名は、次の事に注意してください。
 - * 申請者(被保険者で旅行者)の氏名であること
 - * 氏名の名字だけは不可
 - * 組合の被保険者以外、また、旅行者以外は不可
 - * 会社名・事業主名は不可
- 5 宿泊日・宿泊人数・費用額が明確であること
 - * コテージ等の利用で2名以上・2泊以上の宿泊で、一括の領収書の場合は、領収額を日数・人数で割った額を1泊1人当たり宿泊費とし、補助額未満の場合は補助対象となりませんのでご了承ください。

見本例

領収証

請求書は不可

国保 A夫 様

会社名等不可、個人名フルネーム
宿泊者全員の氏名が掲載されている
又は宿泊証明書がある場合は、
『同行した被保険者』の記載・署名は
必要ありません。

¥30,000-

但し 〇〇年〇月〇日～〇月〇日 2名で宿泊

上記の金額 領収いたしました。

ホテル名称

ホテル住所・電話番号等

領収書交付年月日 〇年〇月〇日

宿泊日・宿泊人数が明確であること
* 複数で宿泊したときは
特に宿泊人数は必須です。

申請書の記載方法及び申請についての注意事項

年度内 4月 から 3月	1泊(回目)の申請		宿泊施設名		ホテル〇〇		1泊目の申請人数	
			宿泊年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 宿泊				
	2泊(回目)の申請		宿泊施設名		〇〇旅館		2泊目の申請人数	
		宿泊年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 宿泊					2 人
	3泊(回目)の申請		宿泊施設名		〇〇ホテル		3泊目の申請人数	
		宿泊年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 宿泊					1 人
申請する被保険者名	補助対象者(組合加入者)	年齢	保険証の記号番号	種別	区分	申請状況(必須)		※ 補助額
1	国保 A夫	42	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇-〇	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input checked="" type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	1泊目 <input checked="" type="checkbox"/> 2泊目 <input checked="" type="checkbox"/> 3泊目 <input checked="" type="checkbox"/>	特定健診受診日 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
2	国保 B子	38	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇-〇	1種 <input type="checkbox"/> 2種 <input checked="" type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/>	1泊目 <input checked="" type="checkbox"/> 2泊目 <input checked="" type="checkbox"/> 3泊目 <input type="checkbox"/>	3泊目の申請者は特定健診受診日を必ず記載してください。	

- 1 この用紙は、同行者証明書欄に記載がある場合は「旅行費補助金交付申請書」と一緒に提出してください。
- 2 ツアー等で旅行会社が発行した領収書では不明瞭な場合は、行程表等、詳細がわかるものを添付してください。
- 3 ネットでの申込みや、カード支払いの場合は、申込先で領収書の発行をしてもらってください。
- 4 3泊目の特例を利用できるのは、40歳以上で特定健診を11月30日までに受診した方への特例ですので、同行者や家族は対象外です。
- 5 補助対象となる家族は、当組合被保険者に限ります。