

海外宿泊費用補助請求書

大倉健康保険組合
理事長 岩見全啓 様

令和 年 月 日

下記のとおり宿泊利用しましたので、補助の請求を致します。

請求責任者	所属部署	氏名	振込銀行名
			印

宿泊ホテル	宿泊年月日 年 月 日 から 年 月 日	宿泊人員		
		被保険者	被扶養者	計
		人	人	人

(泊 日)

利用者名

被保険者番号	社員コード	氏名	年齢	被保険者・被扶養者の別
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者
				被保険者 被扶養者

※パスポートのコピー、宿泊の領収書を必ず添付してください。