

海外宿泊費用補助請求書

大倉健康保険組合
理事長 大澤 寛 様

平成 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	
				銀行
			口座番号	
			口座名義人（カタカナ）	
		印		

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

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
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	被保険者・被扶養者
号			歳	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。