

# 平成 30 年度 スキーの利用補助要領

千葉県農協健康保険組合

## 1. 目的

健康の保持増進と冬季の体力づくりのため、スキー実施に伴う宿泊施設を利用した被保険者・被扶養者に対し、この要領により補助を行う。

## 2. 申請期間

平成 30 年 12 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで。

## 3. 対象者

当組合の被保険者・被扶養者（3 歳未満は除く）とする。

## 4. 補助額

1 泊につき 2,000 円を補助する。

上記期間中 1 人につき 2 泊を限度とする。

## 5. 利用方法

「スキーの家利用報告書」に必要事項を記入のうえ、必ず宿泊した施設の管理者より証明を受け、10 日以内（3 月下旬利用の場合には 4 月 5 日（金）必着）に健康保険組合に提出する。

## 6. 補助金の交付

(1) 健康保険組合は、提出された「スキーの利用報告書」に基づき、事業所あてに交付通知（明細）書を送付し、補助金を振り込む。

(2) 事業所は交付通知（明細）書により利用者へ交付する。

## 7. その他

(1) この要領による補助は、事業所主催または他の組織で主催する場合は 対象外とする。

(2) 「スキーの利用申込・報告書」の用紙は、当組合に請求するか、組合 HP か出力する。

※けんぽ通信 No.76 号においても掲載

# スキーの家 利用報告書

|      |     |    |     |   |
|------|-----|----|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 合 議 | 係 |
|      |     |    |     |   |

|                                                                                                                    |       |        |    |       |       |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----|-------|-------|----|
| 事業所名                                                                                                               |       |        |    | 事業所番号 |       |    |
| 利用日                                                                                                                |       | 自      | 月  | 日     | 泊     |    |
|                                                                                                                    |       | 至      | 月  | 日     | 日     |    |
| 施設名                                                                                                                |       |        |    |       |       |    |
| 施設住所                                                                                                               |       |        |    |       |       |    |
| 利用者内訳                                                                                                              | 保険証番号 | 氏名     | 続柄 | 保険証番号 | 氏名    | 続柄 |
|                                                                                                                    |       |        |    |       |       |    |
|                                                                                                                    |       |        |    |       |       |    |
|                                                                                                                    |       |        |    |       |       |    |
| 代表者連絡先                                                                                                             |       | 氏名・TEL |    |       | 利用者合計 |    |
|                                                                                                                    |       |        |    |       | 名     |    |
| <p>上記のとおり利用したので申請します。</p> <p>千葉県農協健康保険組合 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申込代表者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> |       |        |    |       |       |    |

|                                                                                  |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>施設の証明欄</b></p> <p>ご注意！<br/>証明がない場合は補助が出来ない場合がありますので、必ず宿泊施設の証明を受けてください。</p> | <p>宿泊施設の証明印を受けて、健保組合に提出してください。</p> <p style="text-align: right;">印</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

※利用者内訳・続柄欄について  
本人・妻・長男・長女等と記入してください。

