

記入例

契約保養所利用券

- ◎宿泊予約後、本枠内をすべて記入し**利用日の10日前まで**に会社担当者経由で西武健康保険組合へご提出ください。
*任意継続被保険者は直接、西武健康保険組合へご提出ください。
- ◎「利用券」はチェックイン時にフロントへご提出ください。
- ◎「健保受付印」および「健保受付番号」のない利用券は無効となります。

会社名	株式会社 ●●●● ※任意継続被保険者の場合は「任意継続」とご記入ください	所属	●●●●営業所 ※任意継続被保険者の場合は記入不要
申請者氏名 (被保険者)	西武 健志 ※利用券の申請は本人(被保険者)が行ってください。	※申請者が宿泊補助を受ける場合は、下記の「利用者氏名」欄に自身の氏名を忘れずにご記入ください。	

※下記の【注意事項】を必ずお読みいただきお申込みください

宿泊施設名	●●●●●ホテル			※ご利用いただける宿泊施設は西武健康保険組合のホームページに掲載しています。					
利用日	2024	年	2	月	15	日	～	補助申請泊数 1泊・2泊	←利用泊数を○で囲んでください
保険証 記号 番号	利用者氏名 ※宿泊補助を受ける当組合加入者をご記入ください		年齢 (宿泊日時点)	続柄 ↓どちらかに○をしてください		幼児で 食事・寝具の利用			
123 - 4567	西武 健志		45	○ 被保険者(本人) 被扶養者(家族)		妻が被扶養者(家族)の有・無			
123 - 4567	西武 康子		40	○ 被保険者(本人) ○ 被扶養者(家族)		妻が被保険者(家族)の有・無			
123 - 8900	西武 康子		40	○ 被保険者(本人) ○ 被扶養者(家族)		妻が被扶養者(家族)の有・無			
123 - 4567	西武 保		8	○ 被保険者(本人) ○ 被扶養者(家族)		有・無			
123 - 4567	西武 隼		3	○ 被保険者(本人) ○ 被扶養者(家族)		有・無			
-	-		-	○ 被保険者(本人) ○ 被扶養者(家族)		有・無			

※宿泊先記入欄	上記のとおり当施設の利用を証明いたします。										
	利用券受領日		年	月	日	宿泊施設名		印			
	1名料金の場合										
	大人	円×	名×	泊＝	円	1日目	室料	円÷	名(利用者全員)＝	円	
	小人	円×	名×	泊＝	円		補助金	円×	名(健保加入者)＝	円	
	乳児	円×	名×	泊＝	円	2日目	室料	円÷	名(利用者全員)＝	円	
その他	円×	名×	泊＝	円		補助金	円×	名(健保加入者)＝	円		
合計					円	合計					円

【注意事項】

- ・補助対象者は、被保険者と被扶養者の方に限ります。補助は契約保養所全体で1年度2泊までです。
*18歳未満の被扶養者のみでのご利用はできません。
- ・電話予約の際、「西武健康保険組合扱い」であることをお伝えください。インターネット予約の場合は備考欄に必ず入力してください。
- ・補助金額は、宿泊施設によって異なります。*宿泊料金が補助限度額に満たない場合はその実費を補助します。
- ・被保険者・被扶養者全員を一単位として、宿泊数を計算します。一部の方が利用した場合でも全員が利用したものとして計算します。
- ・インターネット等での事前決済の場合は補助対象外となります。利用施設のフロント精算のみ利用券がご利用になります。
- ・宿泊料金が1室単位の場合は、宿泊料金を利用人数で均等割りにした金額が、1人あたりの宿泊料金となります。1室の利用人数は部屋の定員を超えないものとします。(エキストラベッドを利用した場合は定員に加える。)添い寝については利用人数に含まず、補助対象外となります。
- ・宿泊施設によっては、乳幼児の施設利用料や寝具代が補助の対象となる場合があります。利用者氏名欄は、乳幼児も含めて利用する組合加入者全員をご記入ください。
- ・お子さまの宿泊料金については、宿泊日の年齢の料金をお支払いください。
- ・食事・寝具を希望する幼児または3歳未満は、費用が別途発生するため「幼児の食事・寝具欄」の“有”に○印をつけてください。
- ・宿泊当日に減員が発生した場合は、その際にお伝えください。対象施設のフロントにて訂正印を押印した利用券がご利用になります。
- ・健保受付後、記入した宿泊施設、利用日が変更になった場合、利用券は無効となります。
- ・キャンセルの場合は、速やかに宿泊施設と西武健保へ連絡し、利用券を西武健康保険組合へ返却してください。
- ・キャンセル料は、宿泊施設の取り決めにより発生する場合がございます。
- ・宿泊日に健康保険の資格を喪失している場合はご利用になれません。
- ・出張・研修・職場旅行の場合はご利用になれません。
- ・利用券を不正に利用した場合は、補助額を全額返納していただきます。

会社担当者印

*記載内容についてご連絡する場合がございます

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西武健康保険組合

TEL 04-2926-3876 FAX 04-2926-3878

健保受付欄

H06-202402