

◎宿泊予約後、太枠内
*任意継続被保険者

・保険証に表示されている「事業所名称」を記入

西武健康保険組合

・出向者は「(出向)出向先会社名」と記入

◎「利用券」はチェックイン時にフロントへ提出ください。

◎西武健康保険組合の受付印・受付番号のない利用券は無効です。

会社名	株式会社●●●	所属	●●●●営業所
申請者氏名 (被保険者)	西武 健治	※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	

※任意継続被保険者の場合は「任意継続」とご記入ください

※任意継続被保険者の場合は記入不要です

※利用券の申請は本人(被保険者)が行ってください

※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4月1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	年齢	続柄	健保記入欄	補助請求額計			
123	4567	西武 健治	35	被保険者(本人)		1泊目	円	1泊目	円
				被扶養者(家族)		2泊目	円	2泊目	円
123	4567	西武 康子	33	被保険者(本人)					
				被扶養者(家族)					
123	8900	西武 康子	33	被保険者(本人)					
				被扶養者(家族)					
123	4567	西武 保	10	被保険者(本人)		1泊目	円	1泊目	円
				被扶養者(家族)		2泊目	円	2泊目	円
123	4567	西武 隼	5	被保険者(本人)		1泊目	円	1泊目	円
				被扶養者(家族)		2泊目	円	2泊目	円

※宿泊補助を受ける当組合加入者をご記入ください

↓どちらかに○をしてください

妻が被扶養者(家族)の場合

妻が被保険者(本人)の場合

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

【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1年度2泊までです。※18未満の被扶養者のみでの利用はできません。
- ・補助金額は、1泊につき被保険者限度額5,000円・被扶養者限度額3,000円です。※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。
- ・宿泊施設に直接予約を入れ、チェックイン時にこの利用券を提出し、補助金対象者全員の「健康保険証」をご提示ください。
- ・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れます。
- ・ルームチャージの場合は、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。)
- ただし、一部ホテル・プランにより異なります。補助が適用される場合の例は西武健康保険組合ホームページのよくある質問でご確認ください。
- ・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。
- ・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、利用券は無効です。
- ・宿泊当日に減員が発生した場合は、ご利用になる宿泊施設のフロントへお申し出ください。対象施設のフロントで訂正した利用券を引き続きご利用いただけます。
- ・キャンセル等で利用券を使用しなかった場合、未使用の利用券は西武健康保険組合へご返却ください。
- ・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

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西武健康保険組合

*記載内容についてご連絡する場合がございます

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

健保受付欄