

決	理事長	常務理事	事務長	会計課長	担当者	台帳番号	第 号	
						支給額	円	
裁	平成 年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。					不支給事由		

保 養 費 請 求 書					振込依頼銀行	銀行 店	
						普通 当座	No.
					名義		

被保険者証の 記号番号	医				組合員(代表者) 氏 名		
請求額	円			保養の 人員	名	宿泊数	延泊
保養の場所				宿泊施設の名称			

上記のとおり保養したので、別紙宿泊証明書（又は宿泊者名が明記された領収書）を添えて
請求します。

平成 年 月 日

住所
組合員
(代表者)
氏名

⑩

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

支給基準

- 1 支給限度額（当該年度内）
支給単価は、1人1泊4,000円で次の泊数を限度とします。
なお、医師会行事（組合員のみ）は、1人1泊分別枠となります。

区 分	対 象 者		限度泊数	備 考
	本 人	世帯員		
開設者組合員	○	○	4泊	限度泊数は、本人・世帯員合わせた泊数
勤務医組合員	世帯員あり	○	2	〃
	〃 なし	○	1	
准 組 合 員	○	—	1	当該医療機関企画の職員旅行のみ

- 2 支給要件
被保険者が保養を目的とした国内での宿泊施設を利用した旅行を対象とします。（招待旅行、公務出張等の場合には、請求をご遠慮下さい。）
- 3 請求と支給
組合員が請求し、組合員に支給します。
請求書、宿泊証明書は、世帯単位に記入して下さい。ただし、団体旅行の場合は、宿泊証明書に列記し備考欄に組合員との続柄を記入し、代表者が一括請求して下さい。

理 事 会 審 査 決 定

平成 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	保健事業費	節	負・補・交
支給決定額				金	万	千	百	拾 円
支給額算出	延宿泊数	泊分		1泊分支給単価		4,000円		
理事会決定	平成 年 月 日			担当理事 決 裁 印				

宿 泊 証 明 書

氏 名	到 着 年 月 日	出 立 年 月 日	泊 数	備 考
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
			泊	
計 名			延 泊	
宿 泊 施 設 の 証 明	<p>上記のとおり相違なく宿泊されたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>宿泊施設名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			

※宿泊者は、「氏名」欄のみに記載し、内は当該宿泊施設で記載の上証明して下さい。