

TSIホールディングス健康保険組合 御中

太線枠内のところを記入してください。

保養所の名称		申込責任者	事業所名		記号番号	—	
			住所	〒			
			氏名	⑩ ☎			
利用人員内訳	大人	名	男	名	被保険者		名
	小人	名	計		被扶養者		名
	幼児	名	女	名			
利用年月日	自	令和	年	月	日	(曜日)	泊日
	至	令和	年	月	日	(曜日)	
							備考

利用者氏名

保険証番号	氏名	性別	年齢	区分			支給可否	補助金額内訳	
				被保険者	被扶養者	その他		補助金 × 泊数	補助金
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
—		男・女					可・否	@ 2,000 × = 1,500 × =	円
合計							名	補助金合計	円