＝記 載 例＝

会員に年1回、3,000円の宿泊助成を行っています。
保養券には必ず事業所名、会員番号、会員氏名を記入して下さい。
宿泊証明欄（裏面）にはホテルの印鑑が押印されていることをご確認下さい。

（表）

令和 ○年度 **保 養 券** No.000000

（助成額 3,000円） 会員に限り年1回

使用期間 20○○年4月1日～20○○年3月31日

1．裏面の保養券取扱指定ホテルについては、「宿泊先の証明」を得て、共済センターに助成金請求書を添えて請求してください。
2．裏面ホテルからの割引もあります。
① 直接予約で一般料金の場合に限ります。
② 予約の際、共済センター会員であることを必ず伝えてください。
③ 利用当日、フロントに会員証を提示してください。
3．共済センター提携の「厚友会トラベル」を通じ、道内の旅館・ホテルを事前助成で利用することも可能です。（本保養券と会員証を添えて厚友会トラベル窓口へお申し込みください。）
厚友会トラベル　旭川市5条通2丁目　☎26－4012

事業所名 ○○株式会社
会員番号 ○○○－○○
会員氏名 共済 太郎
（　　）

一般財団法人 旭川市勤労者共済センター

（表）

〈保養券の指定ホテルです！〉

◎白　金
大雪山白金観光ホテル　☎94－3111
白金温泉ホテル　☎94－3333
ホテルパークヒルズ　☎94－3041

◎天人峡
しきしま荘　☎97－2141

◎旭　岳
湯元湧駒荘　☎97－2101
ホテルベアモンテ　☎97－2321

◎札　幌
※ホテルノースシティ　☎011-512-9748

◎層雲峡
層雲峡朝陽亭　☎01658-⑤-3241
朝陽リゾートホテル　☎01658-⑤-3911
層雲峡観光ホテル　☎01658-⑤-3101
層雲閣グランドホテル　☎01658-⑤-3111
ホテル大雪　☎01658-⑤-3211
マウントビューホテル　☎01658-⑤-3011

上記記載以外の北海道内の宿泊施設のご利用をご希望の場合は必ず厚友会トラベル（☎26-4012）を通じてご利用下さい。

宿泊証明欄
利用期日　○年 ○月 ○日～ ○月 ○日
宿泊ホテル名
××温泉△△ホテル
××温泉△△ホテル之印
（ホテル又は会社印）

保養施設等の利用に伴う助成金を請求するときは、下記の「助成金請求書」及び「助成金支払明細書」に必要事項を記入（記載例を参考）し、共済センター事務局にご請求下さい。印鑑は必ず表裏とも押印して下さい。（入会申込みのときの契約時の印鑑）
※口座振込を希望する場合は、振込口座は会社又は親睦会の口座名を記入して下さい。
（個人の個々の口座には振込いたしません）

（表）

助成金支払明細書 （　　）

局長	次長	係

（一財）旭川市勤労者共済センター理事長 様

金額 ¥0,000円

但し、内訳右記のとおり

令和 ○年 ○月 ○日

上記助成金を領収いたしました。

所在地 旭川市○条通○丁目
事業所名 ○○○株式会社
代表者名 代表取締役 ○○○○
事業所代表者之印

助成種類
保養施設・生活習慣病・インフルエンザ
その他（　　）

助成金振込先
銀行 信用金庫 支店
普通 当座 No.
口座名（フリガナ）
口座振込で助成金を受け取る場合に記入（この場合は郵送も可）

科目	借方	摘要	貸方	科目
福利厚生事業費 □健康の維持 □自己啓発	入会申込時の印と同じもの	手 No.		当座預金

（一財）旭川市勤労者共済センター

（表）

助成金請求書

助成金請求額 ¥0,000円

上記のとおり請求します。

令和 ○年 ○月 ○日

（一財）旭川市勤労者共済センター理事長 様

所在地 旭川市○条通○丁目
事業所名 ○○○株式会社
代表者名 代表取締役 ○○○○
入会申込時の印と同じもの
事業所代表者之印

助成金種類	保養施設・生活習慣病・インフルエンザ その他（　　）
利用施設	○○温泉○○ホテル
利用者	共済 太郎 （ほか 14 人）
利用期間	令和 ○年 ○月 ○日～ 令和 ○年 ○月 ○日