

# ユニバーサル・スタジオ・ジャパン利用助成のご案内

当協会では、会員事業所（協会費を納付されている事業所に限る。）の被保険者及び被扶養者を対象に、ユニバーサル・スタジオ・ジャパン（以下「USJ」という。）の入場チケット購入費用の一部を助成いたします。

## ■ 助成対象者

当協会会員事業所の健康保険又は厚生年金保険の被保険者及び被扶養者

## ■ 助成対象期間

- (1)令和8年度  
4月1日から翌年2月末日までの入場チケット購入分
- (1)令和9年度以降  
3月1日から翌年2月末日までの入場チケット購入分



## ■ 申込書の受付締切日

翌年3月15日必着

## ■ 助成金額

利用者1名につき、**1,000円**を助成（一年度1回のみ）

## ■ 助成対象人員

一年度300名（1事業所10名・1家族3名までとさせていただきます。）  
※ 対象人員（300名）に達しましたら、助成は締め切らせていただきます。

## ■ 申込方法・注意事項

1. この助成事業は、会員事業所の皆様から納入いただきました「社会保険協会費」で運営しています。従いまして、助成金の対象は会員事業所に勤務されています健康保険又は厚生年金保険の被保険者及び被扶養者とさせていただきます。
2. 申し込みされる場合は、ホームページに掲載している「ユニバーサル・スタジオ・ジャパン利用助成申込書」を印刷してご記入のうえ、当協会にご提出してください。  
**(注) 家族以外の複数人で利用する場合は、個人ごとに申し込みしてください。**
3. 申込書には、USJ入場チケットの購入が確認できる次の(1)又は(2)のいずれかの書類を添付してください。
  - (1)入場チケット(紙チケット)を購入された場合
    - ①入場チケット購入の領収書の写し
    - ②入場チケットに記載されている指定日右横の余白に、利用者氏名を記載し押印したもの  
**(注) 入場チケットはなくさないようご注意ください。**
  - (2)WEBチケットを購入された場合
    - ①購入完了メール又は購入履歴をプリントアウトしたもの
    - ②クレジットカード会社から発行された利用明細書の写し
4. 助成金の申込者は、会員事業主とさせていただきますので、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、担当者氏名、事業所の電話番号等をご記入のうえ、事業主印を押印してください。
5. **助成金の振込先は、被保険者名義の口座をご記入ください。**

### お申し込み先

一般財団法人 鳥取県社会保険協会

〒680-0846 鳥取市扇町58番地 ナカヤビル6階  
TEL 0857-27-1859 FAX 0857-30-7133

# ユニバーサル・スタジオ・ジャパン利用助成金申込書

※ ご記入にあたりましては、ホームページの「ユニバーサル・スタジオ・ジャパンの利用助成のご案内」をお読みください。

この申込書には、入場チケットの購入が確認できる書類を必ず添付してください。

事業所 整理記号		被保険者 番号		受付番号 <small>(記載しないでください。)</small>	※	
被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日生					
利用者氏名	①		被・扶	男・女	歳	U S J 入 場 日
	②		被・扶	男・女	歳	令和 年 月 日
	③		被・扶	男・女	歳	
助成金振込口座 (被保険者)	振込先金融機関		銀行 本店 信用金庫 支店			
	預金種別		普通 当座			
	口座番号					
	口座名義フリガナ					
助成金額 (記載しないでください)		※ 1,000円 ×		人 =	0 0 0 円	

上記のとおり当事業所の被保険者及び被扶養者が利用しますで申込みします。

令和 年 月 日

事業所所在地 〒 一

事業所名称

事業主氏名

印

担当者氏名

TEL ( ) FAX ( )

一般財団法人 鳥取県社会保険協会長 殿

※ 申込書に、ご記入いただいた情報は、本事業の運営とご連絡等以外には使用いたしません。

## ユニバーサル・スタジオ・ジャパン利用助成金申込書

※ ご記入にあたりましては、ホームページの「ユニバーサル・スタジオ・ジャパンの利用助成のご案内」をお読みください。

この申込書には、入場チケットの購入が確認できる書類を必ず添付してください。

事業所整理記号	鳥	いろは	被保険者番号	〇〇	受付番号 (記載しないでください。)	※
被保険者氏名	協会 太郎					昭利・平成 〇年 〇月 〇日生
利用者氏名	①	協会 太郎	被扶養者 男・女	45 歳	USJ入場日	
	②	協会 夏子	被扶養者 男・女	40 歳	令和 〇年 〇月 〇日	
	③	協会 春子	被扶養者 男・女	10 歳		
助成金振込口座 (被保険者)	振込先金融機関		〇 × <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> △ □ <input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店			
	預金種別		<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座			
	口座番号		1 2 3 4 5 6 7			
	口座名義フリガナ		キョウカイ タロウ			
助成金額 (記載しないでください)			※	1,000円 ×	人 =	0 0 0 円

上記のとおり当事業所の被保険者及び被扶養者が利用しますで申込みします。

令和 〇年 〇月 〇日

事業所住所 〒680-1234  
鳥取市〇△町1丁目2-3

事業所名称 株式会社 社会保険協会

事業主氏名 代表取締役 協会 一郎

事業主印

担当者氏名 健康 花子

TEL 0857( 27 ) 1859 FAX 0857( 30 ) 7133

一般財団法人 鳥取県社会保険協会長 殿

※ 申込書に、ご記入いただいた情報は、本事業の運営とご連絡等以外には使用いたしません。