

福祉互助会 だより

No.34

発行

一般財団法人

福島県市町村職員福祉互助会

福島市太田町13番53号

電話 (024) 533-2531

2025年4月発行



天神夫婦桜（郡山市）

- 事業あんない…………… 2
- 請求の手続き＆おねがい………… 3
- 医療費請求書の記入例………… 4～6
- 医療給付についてよくある質問… 7
- 契約宿泊施設…………… 8

福祉互助会の現況

現 職 会 員	11,160名
退 職 会 員	3,872名
継 続 会 員	136名
配偶者会員	41名
家 族 会 員	3,984名

(令和7年1月1日現在)

事業あんない

福祉互助会では、会員（退職会員本人とその配偶者）のみなさんに対し次のような給付事業を行っております。

給付の期間は、会員の方がそれぞれ60歳に達する月の初日から70歳に達した月の末日までとなります。

ただし、令和7年4月以降に退職会員になられた方は会員証に記載されている給付期間となりますので、ご確認ください。（配偶者も同様）

病院にかかったとき……医療給付金

保険診療を受け、ひと月に1つの病院等に支払った医療費自己負担額から6,000円を控除した額の90%（100円未満切捨て）を給付します。

給付の上限額は、高額療養費の自己負担限度額（別表）から6,000円を控除した額の90%になります。

【70歳未満の方】

(別表)	適用区分	所 得 区 分	自 己 負 担 限 度 額
	ア	年収約1,160万円～の方	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% < 4回目以降 140,100円 >
	イ	年収約770～約1,160万円の方	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% < 4回目以降 93,000円 >
	ウ	年収約370～約770万円の方	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% < 4回目以降 44,400円 >
	エ	年収～約370万円の方	57,600円 < 4回目以降 44,400円 >
	オ	住民税非課税の方	35,400円 < 4回目以降 24,600円 >

※70歳以上の方は、上記の表とは異なりますので、別途ご確認ください。

※令和7年1月1日現在のものとなりますので、最新のものをご確認ください。

入院したとき……入院見舞金

入院1日につき500円を給付します（同一年度内180日限度）。

入院分の医療費請求書を提出することにより給付されます。

亡くなられたとき……死亡弔慰金

葬儀を行った方に30,000円を給付します。

会員資格喪失届および会員が死亡したことを証明する書類の写しを提出することにより給付されます。

契約施設に宿泊するとき……宿泊施設利用助成券

ホテル福島グリーンパレスと契約宿泊施設（福島県内）に宿泊するときに使用できる助成券を、会員1人につきそれぞれ1枚ずつ、「互助会だより」と一緒にお送りしています。

1人1泊につき $\left\{ \begin{array}{l} \text{ホテル福島グリーンパレス} \quad 2,500\text{円} \\ \text{契約宿泊施設（福島県内）} \quad 2,000\text{円} \end{array} \right.$

互助会企画の旅行に参加するとき……旅行助成金

福祉互助会が企画または共催する旅行に参加するとき、1人1旅行につき10,000円を助成します。旅行の詳細は、おって会員の皆様へご案内します。

請求の手続き&おねがい

医療費の請求はお早めに（1件が6,120円以上）

- 毎月月末（土・日、祝日のときは前日）までに受付した分を、翌月末に給付します（P 7 変更点参照）。
- **今後の給付スケジュールは、以下のとおりになりますので、ご注意ください!!**

受付	給付日
令和7年2月12日（水）までに受付した分	令和7年2月28日（金）
令和7年3月12日（水）までに受付した分	令和7年3月31日（月）
令和7年3月13日（木）以降に受付した分	受付日の翌月末

医療費の請求は1件ごとに

- 診療月（毎月1日から末日まで）ごとに1件とする。
 - 病院ごとに1件とする。
 - 薬局ごと（処方箋を発行した病院ごと）に1件とする。
 - 同一病院での入院と外来は分けてそれぞれ1件とする。
 - 同一病院での医科と歯科は分けてそれぞれ1件とする。
- ※ 請求書は、診療月の翌月以降に提出してください。
- ※ 同一月の請求書（入院分、外来分、薬局分等）は、家族会員分も含めて、全て一緒に医療費請求書に記入の上、提出してください。

添付書類

- 領収書の写し
受診者氏名、保険点数および保険診療分の自己負担額が確認できるものを添付してください。
 - 限度額適用認定証の写しもしくはマイナポータル保険情報の画面コピー
保険診療分の自己負担額が35,400円（適用区分「オ」の自己負担限度額）を超えている場合は、必ず添付してください。氏名、適用区分が確認できるものをお願いします。
- ※ 領収書の写しを添付できない場合は、「医療費請求書に係る申請書」に病院または薬局の証明を受けてください（P 5 記入例参照）。
- ※ 薬局の領収書に処方箋発行医療機関名の記載がない場合は、領収書の余白に記入してください。
- ※ 入院の場合は、入院期間が確認できる領収書の写しを添付してください。
- ※ 保険者から附加給付がある場合は、給付額等の内容が確認できる書類の写しを添付してください。

保険診療分の医療費が対象です

- 入院時の食事療養負担金、室料差額、文書料、評価療養・選定療養費、人間ドック等の検診費用および予防接種料などの保険診療以外のものは、給付の対象となりません。
 - コルセットなどの装具等の費用は給付の対象となりますので、領収書の写しおよび保険者が負担した金額が確認できる書類の写しを添付の上、請求してください。
- ※ 高額療養費、世帯合算や多数回該当（過去12ヶ月以内で4回以上該当したとき）により支給申請が必要になる場合がありますので、保険者へお問い合わせください。
- ※ 給付事由が生じた日から2年経過すると、時効により給付は受けられませんのでご注意ください。

届出は忘れずに

- 給付金振込口座、住所などに変更があったときは、確認事項変更届を提出してください。
- 給付期間中に会員が亡くなられたときは、会員資格喪失届を提出してください。

記入例

令和7年4月から使用いただく新しい医療費請求書です

(様式第7号)

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

医療費請求書

市町村番号	会員番号										給付区分										
	6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	1	1	入院見舞金	千	0	0	0	0	0	0	0
給付期間	平成・令和				7	年	4	月	から				平成・令和				1	7	3	月	まで
療養を受けた者 の氏名	福島 太郎										療養者区分	(6) 8 9									
昭和	○	年	○	月	○	日	生	療養を受けた月	令和	○	年	○	月	○	○	○	○	○	○	○	
保険の種類	国保	協会けんぽ	・健保組合	その他	保険等記号番号	島○ ○○○○○○ ○○															

医療機関名(病院、薬局名等)	医療機関に支払った額	給付番号	給付額
○ ○ 病院	10,250 円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0

給付期間は令和7年4月以降に会員となられた方のみ記入してください。

※心身障害者等の方は、地方公共団体が行なわれますので、互助会からの給付

給付番号・給付額は、福祉互助会で記入いたします。

療費(自己負担額)

家族会員は「7」となりますので、記入不要です。

太線の枠内の項目を、記入してください。

診療月が同じものは、家族会員分も記入してください。

療養を受けた者 の氏名	福島 花子										療養者区分	7									
昭和	○	年	○	月	○	日	生	療養を受けた月	令和	○	年	○	月	○	○	○	○	○	○		
保険の種類	国保	協会けんぽ	・健保組合	その他	保険等記号番号	島○ ○○○○○○ ○○															

医療機関名(病院、薬局名等)	医療機関に支払った額	給付番号	給付額
○ ○ 病院	10,200 円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0
	円	千	0 0

上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

一般財団法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長 様

退職会員 T 960-8068

(請求者)継続会員 住所 福島市太田町13-53

配偶者会員 氏名 福島 太郎

【記入上の注意】

- 「会員番号」欄は、会員証に記載されている会員番号を正確に記入してください。
- 「療養を受けた者の氏名」は、実際に診療を受けた方の氏名を記入してください。
- 「医療機関名」、「医療機関に支払った額」、「療養を受けた月」、「保険の種類」、「保険等記号番号」は、漏れなく記入してください。
※「療養者区分」は、会員番号の先頭の数字になります。
- 家族会員分のみ請求する場合は、「会員番号」、「給付期間」、「家族会員記入欄」、「請求者」欄を記入してください。
- 「請求者」欄の氏名は、家族会員分のみの請求であっても退職会員の資格がなくなるまでは退職会員の氏名を記入してください。

記入例

領収書を添付できない場合に使用いただく申請書です

(様式第7号)別紙

(一財)福島県市町村職員福祉互助会

医療費請求書に係る申請書

医療費請求書に領収書の写しを添付できない場合は、こちらの申請書を記入のうえ、保険医療機関(保険調剤薬局)から証明を受けてください。

療養を受けた者 の氏名 昭和	福島 太郎				会員番号 6	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
年 〇	月 〇	日 〇	生	療養を受けた月 令和 〇	年 〇	月 〇

申請書

○ ○ 病院・薬局様

令和〇年〇月分診療(調剤)にかかる保険診療(保険調剤)分の自己負担額等について、証明をお願いします。(入院時食事療養負担金を除く)

令和〇年〇月〇日
申請者氏名 福島 太郎

保険医療機関(保険調剤薬局)証明欄

診療(調剤)を受けた者の氏名

福島 太郎

同一病院でも入院、
外来に分けて証明
を受けてください。

診療区分	入院・診療期間	保険点数	保険診療・調剤分 の自己負担額
入院・ 外来・ 薬局	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	3416 点	10,250円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			
入院・ 外来・ 薬局	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	点	円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			
入院・ 外来・ 薬局	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	点	円
処方箋発行保険医療機関名※診療区分・薬局の時			

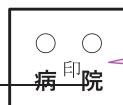
※診療区分に複数該当する場合は、それぞれ診療区分、入院・診療期間、保険点数、保険診療・調剤分の自己負担額を証明してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇年〇月〇日

保険医療機関(保険調剤薬局)名

○ ○ 病院



病院・薬局の証明印
が必要です。

【記入上の注意】

- 「会員番号」欄は、会員証に記載されている会員番号を正確に記入してください。
- 申請書欄をご記入いただいてから、保険医療機関(保険調剤薬局)へお持ちください。
- 「療養を受けた者の氏名」、「申請者氏名」欄は、実際に診療を受けた方の氏名を記入してください。

福祉互助会ホームページについて

福祉互助会のホームページを新しく開設しました。令和7年4月から使用いただく医療費請求書等の各種手続き用紙をダウンロードできます。福島県市町村職員共済組合のホームページ内からご覧いただけます。

記入例

旧様式の医療費請求書です（※今までどおり使用できます）

(様式第7号)																																																								
(一財)福島県市町村職員福祉互助会 医療費請求書																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">市町村番号</td> <td colspan="2" style="width: 30%;">会員番号</td> <td style="width: 10%;">療養者区分</td> <td style="width: 10%;">給付区分</td> <td style="width: 10%;">給付番号</td> <td style="width: 10%;">給付額</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">600101234</td> <td>6・7 8・9</td> <td>1・1</td> <td></td> <td>千円 00</td> </tr> <tr> <td>療養を受けた者 の氏名</td> <td colspan="2">福島太郎</td> <td colspan="3">入院見舞金</td> <td>千円 00</td> </tr> <tr> <td>昭和</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>生</td> <td>保険証記号番号</td> <td>島1-2345</td> </tr> <tr> <td>医療機関名 (病院、薬局名等)</td> <td colspan="2">互助会病院</td> <td>療養を受けた月</td> <td>令和0年4月1日から</td> <td>令和0年4月30日まで</td> </tr> <tr> <td>医療機関に支払った額</td> <td colspan="2">10,250 円</td> <td>傷病名</td> <td colspan="3">高血圧症</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center; padding: 5px;"> 上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。 令和〇年4月30日 一般財團法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長様 </td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center; padding: 5px;"> 退職会員 (請求者) 住所 配偶者会員 氏名 元 福島市太田町13-53 福島太郎 </td> </tr> </table>		市町村番号	会員番号		療養者区分	給付区分	給付番号	給付額		600101234		6・7 8・9	1・1		千円 00	療養を受けた者 の氏名	福島太郎		入院見舞金			千円 00	昭和	0	0	0	生	保険証記号番号	島1-2345	医療機関名 (病院、薬局名等)	互助会病院		療養を受けた月	令和0年4月1日から	令和0年4月30日まで	医療機関に支払った額	10,250 円		傷病名	高血圧症			上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。 令和〇年4月30日 一般財團法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長様							退職会員 (請求者) 住所 配偶者会員 氏名 元 福島市太田町13-53 福島太郎						
市町村番号	会員番号		療養者区分	給付区分	給付番号	給付額																																																		
	600101234		6・7 8・9	1・1		千円 00																																																		
療養を受けた者 の氏名	福島太郎		入院見舞金			千円 00																																																		
昭和	0	0	0	生	保険証記号番号	島1-2345																																																		
医療機関名 (病院、薬局名等)	互助会病院		療養を受けた月	令和0年4月1日から	令和0年4月30日まで																																																			
医療機関に支払った額	10,250 円		傷病名	高血圧症																																																				
上記のとおり、領収書の写しを添付し請求いたします。 令和〇年4月30日 一般財團法人 福島県市町村職員福祉互助会理事長様																																																								
退職会員 (請求者) 住所 配偶者会員 氏名 元 福島市太田町13-53 福島太郎																																																								
<small>※重度心身障害者の方は、地方公共団体の条例に基づき医療費（自己負担額）が給付されますので、互助会からの給付はありません。</small>																																																								
「領収書の写し」を添付できない場合は、病院・薬局の証明を受けて請求してください。																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">申 請 書</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">互助会 病院・薬局様</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">令和〇年4月分診療（調剤）にかかる保険診療（保険調剤）分の自己負担額等について、証明をお願いします。（入院時食事療養負担金を除く）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">令和〇年4月30日 申請者氏名 福島太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">保険医療機関（保険調剤薬局）証明欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">診療（調剤）を受けた者の氏名 福島太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 入院 [入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日] <input checked="" type="checkbox"/> 外来 [診療期間 令和〇年4月1日 ~ 令和〇年4月30日] <input type="checkbox"/> 薬局 [調剤期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日] </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">処方箋発行保険医療機関名：</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">保険点数 3416 点 保険診療（保険調剤）分の自己負担額 10250 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">(入院時食事療養負担金を除く)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和〇年4月30日 保険医療機関（保険調剤薬局）名 互助会病院</td> </tr> </table>		申 請 書		互助会 病院・薬局様		令和〇年4月分診療（調剤）にかかる保険診療（保険調剤）分の自己負担額等について、証明をお願いします。（入院時食事療養負担金を除く）		令和〇年4月30日 申請者氏名 福島太郎		保険医療機関（保険調剤薬局）証明欄		診療（調剤）を受けた者の氏名 福島太郎		<input type="checkbox"/> 入院 [入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日] <input checked="" type="checkbox"/> 外来 [診療期間 令和〇年4月1日 ~ 令和〇年4月30日] <input type="checkbox"/> 薬局 [調剤期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日]		処方箋発行保険医療機関名：		保険点数 3416 点 保険診療（保険調剤）分の自己負担額 10250 円		(入院時食事療養負担金を除く)		上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和〇年4月30日 保険医療機関（保険調剤薬局）名 互助会病院																																		
申 請 書																																																								
互助会 病院・薬局様																																																								
令和〇年4月分診療（調剤）にかかる保険診療（保険調剤）分の自己負担額等について、証明をお願いします。（入院時食事療養負担金を除く）																																																								
令和〇年4月30日 申請者氏名 福島太郎																																																								
保険医療機関（保険調剤薬局）証明欄																																																								
診療（調剤）を受けた者の氏名 福島太郎																																																								
<input type="checkbox"/> 入院 [入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日] <input checked="" type="checkbox"/> 外来 [診療期間 令和〇年4月1日 ~ 令和〇年4月30日] <input type="checkbox"/> 薬局 [調剤期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日]																																																								
処方箋発行保険医療機関名：																																																								
保険点数 3416 点 保険診療（保険調剤）分の自己負担額 10250 円																																																								
(入院時食事療養負担金を除く)																																																								
上記のとおり、相違ないことを証明します。 令和〇年4月30日 保険医療機関（保険調剤薬局）名 互助会病院																																																								
<small>※領収書の写しを添付できない場合は、この欄に明を受けてください。裏面③参照</small>																																																								
病院・薬局の証明を受ける場合は、証明印が必要です。																																																								

【記入上の注意】

- 「会員番号」欄は、会員証に記載されている会員番号を正確に記入してください。
- 「療養を受けた者の氏名」、申請書欄の「申請者氏名」は、実際に診療を受けた方の氏名を記入してください。
- 「医療機関名」、「医療機関に支払った額」、「保険証記号番号」、「療養を受けた月」、「傷病名」欄は、漏れなく記入してください。
- 「請求者」欄の氏名は、配偶者分の請求であっても退職会員の資格がなくなるまでは退職会員の氏名を記入してください。

お知らせ

医療費請求書の請求者および医療機関の証明を受ける場合の申請者の押印が不要となりました。
氏名記載箇所に印の印刷がある医療費請求書をご使用の場合も押印は不要です。
なお、保険医療機関（保険調剤薬局）証明欄については、従来どおり医療機関の証明印が必要となります。

医療給付についてよくある質問

Q. 院外処方でお薬を薬局からいただいているが、病院で支払った医療費と薬局分を合わせて請求してもよいのですか？

A. 病院分と薬局分は別請求となっており合算はできません。病院ごと、薬局ごとの支払いが6,120円以上の場合は該当となります。
例えば、病院分が4,500円、薬局分が7,800円の場合は、薬局分のみが請求いただけます。どちらも6,120円未満の場合は該当いたしません。

Q. 「限度額適用認定証の写し」等が必要なのはなぜですか？

A. 医療給付金は、高額療養費の自己負担限度額を上限に計算されます。高額療養費の自己負担限度額（P2別表 適用区分「ア～オ」）は所得等により異なるため、個々に確認する必要がありますので、保険診療分の自己負担額が35,400円（適用区分「オ」の自己負担限度額）を超える場合は、「限度額適用認定証の写し」もしくは「マイナポータル保険情報の画面コピー」を必ず添付してください。

Q. 医療給付金はどのように計算されるのですか？

A. 計算方法は次のようにになっています。

計算例① 自己負担額8,630円の場合

$$(8,630\text{円} - 6,000\text{円}) \times 90/100 = 2,367\text{円}$$

2,367円（100円未満切捨て） \longrightarrow 2,300円（給付額）

計算例② 高額療養費の自己負担限度額が57,600円（P2別表 適用区分「エ」）の場合

$$(57,600\text{円} - 6,000\text{円}) \times 90/100 = 46,440\text{円}$$

46,440円（100円未満切捨て） \longrightarrow 46,400円（給付額）

※ 高額療養費に該当した場合は、高額療養費の自己負担限度額から6,000円を控除した額の90%になります。

令和7年4月からの変更点

	現 行	変 更
医療給付	毎月12日（土・日、祝日の時は前日）までに受付した分を月末に給付	毎月月末（土・日、祝日の時は前日）までに受付した分を翌月末に給付
届出用紙	2枚複写式	1枚綴り ※ホームページからダウンロード可能
資格喪失要件	給付期間中、70歳に達する前に65歳以上で後期高齢者医療制度の適用を受けることとなったとき	65歳以上で後期高齢者医療制度の適用を受けても、給付期間中は資格継続

宿泊施設利用助成券が使用できる施設

ホテル福島グリーンパレス 〒960-8068 福島市太田町13番53号 ☎024-533-1171

ホテル福島グリーンパレスに宿泊した場合は、2,500円を助成します（年間1人1泊のみ）。

契約宿泊施設（福島県内）

下記の宿泊施設に宿泊した場合は、2,000円を助成します（年間1人1泊のみ）。

いいでのゆ 喜多方市山都町一ノ木字越戸乙3876-4	0241-39-2360	スカイパレスときわ 田村市常葉町山根字殿上160	0247-77-2070
西会津町温泉健康保養センター ロータスイン 耶麻郡西会津町登世島字下小島187	0241-45-2900	星の村ふれあい館 田村市滝根町菅谷字馬場168	0247-78-3100
ホテルブルミエール箕輪 耶麻郡猪苗代町大字若宮字吾妻山国有林194林班	0242-64-3300	藤沼温泉やまゆり荘 須賀川市江花字石倉山4-3	0248-67-3431
磐梯名湯リゾート ボナリの森 耶麻郡猪苗代町大字蚕養字沼尻山甲2855-550	0242-64-3333	藤沼湖コテージ村・三世代交流館 須賀川市江花字石倉山22	0248-67-3355
ヴィライナワシロ 耶麻郡猪苗代町字葉山7105	0242-62-4111	猫啼温泉井筒屋 石川郡石川町字猫啼22	0247-26-1131
御宿東鳳 会津若松市東山町大字石山字院内706	0242-26-4141	泉崎村サイクリングターミナル・カントリーヴィレッジ 西白河郡泉崎村大字泉崎字笠立山12	0248-53-4211
新鶴温泉んだ 大沼郡会津美里町鶴野辺字上長尾2347-40	0242-78-2820	ひがしきつねうち温泉 白河市東釜子字狐内47	0248-34-1126
柳津町つきみが丘町民センター 河沼郡柳津町大字柳津字諫訪町甲61-2	0241-42-2302	新白河高原ホテルみやま荘 西白河郡西郷村大字真船字馬立1	0248-36-2001
昭和温泉しらかば荘 大沼郡昭和村大字野尻字廻り戸1178	0241-57-2585	ルネサンス棚倉 東白川郡棚倉町大字関口字一本松43-1	0247-33-4111
季の郷湯ら里 南会津郡只見町大字長浜字上平50	0241-84-2888	湯遊ランドはなわ 東白川郡塙町大字湯岐字立石21	0247-43-3000
花木の宿 南会津郡南会津町大桃字平沢山1041-1	0241-76-3115	東館温泉ユーパル矢祭 東白川郡矢祭町大字東館字蔵屋敷108-1	0247-46-4300
会津高原星の郷ホテル 南会津郡南会津町界字湯の入278	0241-73-2121	宿泊体験館きこり 相馬郡飯館村深谷字市沢166-6	0244-42-1012
会津アストリアホテル 南会津郡南会津町高杖原535	0241-78-2241	福島いこいの村なみえ 双葉郡浪江町大字高瀬字丈六10	0240-34-6161
尾瀬御池ロッジ 南会津郡檜枝岐村字燧ヶ岳1	080-2844-8873	みどりの里せせらぎ荘 双葉郡葛尾村大字落合字菅ノ又6-5	0240-37-4800
うぶかの郷 伊達郡桑折町大字南半田字川端22	024-582-4500	ほっと大熊 双葉郡大熊町大川原南平1207-1	0240-23-5767
りょうぜん紅彩館 伊達市靈山町石田字宝司沢9-1	024-589-2233	楓葉町サイクリングターミナル 双葉郡楓葉町大字北田字上ノ原27-29	0240-25-3113
つきだて花工房 伊達市月館町下手渡字寺窪7	024-573-3888	Jヴィレッジ 双葉郡楓葉町大字山田岡字美シ森8	0240-26-0111
山水荘 福島市土湯温泉町字油畠55	024-595-2141	いわきの里鬼ヶ城 いわき市川前町上桶売字小久田73-3	0246-84-2288
二本松市ウッディハウスとうわ 二本松市木幡字東和代34-1	0243-46-3391	いわき新舞子ハイツ いわき市平下高久字南谷地16-4	0246-39-3801
アットホームおおたま 安達郡大玉村玉井字前ヶ岳国有林7林班に13小班	0243-48-2026	いわきゆったり館 いわき市常磐湯本町上浅貝22-1	0246-43-0810
三春の里田園生活館 田村郡三春町大字西方字石畑487-1	0247-62-8010	ホテルハワイアンズ いわき市常磐藤原町蕨平50	0570-550-550

※宿泊施設利用助成券を使用する際は、会員番号、住所、利用者氏名を必ずご記入ください。また、営業状況をご確認の上、ご予約ください。

互助会会員の皆様 ご存知でしたか？

助成券をご持参いただければ

ホテル福島グリーンパレスの宿泊費が**2,500円お得**になります。

シングル 助成券
例えば、5,082円 - 2,500円 = 2,582円 でお泊まりいただけます！



ホテル福島グリーンパレス

ご予約・お問合せ TEL 024-533-1171 URL https://www.fukushimagp.com