

様 式 2

地方在住組合員体育行事参加補助金交付請求

伺 年月日	. .	経理部長	会計課長	部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係
決裁年月日	. .								
支払年月日	. .								
※ 支 給 額	円			承認番号	-				
				参加人員	名				
※ 計 算 式	支給対象額 参加人数 1人当り対象額 (円) ÷ (名) = (円) 1人当り金額 参加人数 支 給 額 (円) × (名) = (円)								

出版健康保険組合 殿

下記実施内容のとおり体育行事を実施しましたので、補助金交付願います。

事 業 所 名 印 事業所記号

(支社・支店名) TEL ()

(支社・支店所在地)

申 請 責 任 者 印 所属部課名

(体育予定行事の内容)

体 育 行 事 名			
実 施 期 日	平成 年 月 日 ()		
実 施 場 所			
参 加 組 合 員 数	名	支社等の組合員総数	名
実 施 費 用			受 付 印
項 目	金 額	※(健保記入) 支給対象額	備 考
	円	円	
合 計	円	円	

※ 欄は記入しないでください。

なお、健保組合からの補助金の支払は、本社健保口受領代理人の銀行口座に振り込みます。

