

体 育 行 事 参 加 補 助 金 交 付 請 求 書

伺 年 月 日	.	.	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 行 事 の 内 容)

体 育 行 事 名				
実 施 日 時	令和 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。
※ 記入漏れがないようにお願いします。

体 育 行 事 参 加 補 助 金 交 付 請 求 者 名 簿

組 合 員 名	被保険者証 番 号	捺 印	組 合 員 名	被保険者証 番 号	捺 印
			合 計	名	

※ 被保険者証番号順にご記入ください。必ず捺印してください。サインは認められません。