

【任意継続被保険者・被扶養者】体育事業助成金交付請求書

事業所名称	任意継続		
記号・番号	9990	—	
被保険者名			
住所			
連絡先 <small>※日中つながりやすい電話番号</small>	—	—	(携帯・自宅)

実施場所			
実施日	令和 年 月 日	参加者(加入員外含む全員)	名
健康増進事業の実施内容 (具体的に)			
支払内容(施設利用料・食事代など)	支払金額(税込)	備考	
	円		
	円		
合計	円		

【計算式】◇記入しないでください。

支払合計金額 参加者 一人当たり 助成金額 支給対象 支給金額
(円) ÷ (名) = (円) 、 (円) × (名) = (円)

No	請求者(該当者)	No	請求者(該当者)
1		3	
2		4	

【助成金受取口座記入欄】※被保険者の口座を記入してください

金融機関名		支店名	
口座種別	普通預金・当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

東京ニットファッション健康保険組合理事長 様

上記のとおり実施したので、助成金を請求いたします。

令和 年 月 日

【添付書類】

① 支払金額の領収書(コピー可)

※ 参加者数が確認できる書類(写真やボウリングのときはスコア表など)がありましたら、添付してください。

【助成対象外】

- ① 参加者3名未満および被扶養者だけの実施
- ② 4歳未満の被扶養者は参加人数だけに含む
- ③ 宿泊料や飲食代・交通費だけの請求

【請求期限】

実施年度の翌年度の5月末日まで

受付印