

*保健施設運営委員
同一職場内、事業所内では管理職以上の責任者(参加・不参加を問いません)。異なる所属で行う場合は、主体となる職場の責任者もしくは人事Gの責任者に事前連絡したうえで署名・押印をお願いしてください。

()
大会補助金請求書

保健施設運営委員*
(職場の責任者 氏名・印)

印

被保険者等 記号・番号 —		大会参加代表者		
事業所	名称	虹技株式会社		勤務地 所属部署G名
	所在地	姫路市大津区勤兵衛町4丁目1番地		
実施内容	実施日	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	実施場所	(行程) → → → →		
	実施目的			

大会参加者名簿

No.	被保険者氏名	被保険者等 記号番号	印	No.	被保険者氏名	被保険者等 記号番号	印
1		—		11		—	
2		—		12		—	
3		—		13		—	
4		—		14		—	
5		—		15		—	
6		—		16		—	
7		—		17		—	
8		—		18		—	
9		—		19		—	
10		—		20		—	
請求者合計人数						人	

上記大会補助金を請求します。

年 月 日

◎参加代表被保険者氏名

印

／ 台帳済

※ () 大会補助金支給決定ならびに支出決定伺				東京・名古屋・北陸・北九州 振込		
一人当たり金額	人数	支給決定金額	支給支出決定日	常務理事	事務長	担当者
500 円	人	円	年 月 日			

- 対象者は虹技健保の被保険者のみ。同一年度内(4月～翌3月)において、6回まで請求できます。 ※500円/回
- 各種競技スポーツの他に、ハイキング・サイクリング等健康に関する活動。*原則4名以上
- ※欄は記入しないでください。不明な点は健保組合まで問い合わせください。

●補助金支給～受取…《姫路勤務の方》 社内便にて託送しますので、託送カードに押印してご返送ください。

《支社・営業所の方》① 各地区の銀行口座に振込みますので健保ご担当者様から補助金をお受取りください。

【補助金支給日:20日】

② 健保から請求者に『振込完了通知』と『領収書』を送りますので、補助金受取り後、3日以内に『領収書』に受取日、署名・捺印のうえ、健保に必ず返送してください。

大会参加者名簿（続紙）

No.	被保険者氏名	被保険者等記号番号	印	No.	被保険者氏名	被保険者等記号番号	印
21		—		46		—	
22		—		47		—	
23		—		48		—	
24		—		49		—	
25		—		50		—	
26		—		51		—	
27		—		52		—	
28		—		53		—	
29		—		54		—	
30		—		55		—	
31		—		56		—	
32		—		57		—	
33		—		58		—	
34		—		59		—	
35		—		60		—	
36		—		61		—	
37		—		62		—	
38		—		63		—	
39		—		64		—	
40		—		65		—	
41		—		66		—	
42		—		67		—	
43		—		68		—	
44		—		69		—	
45		—		70		—	

1. 記入欄不足の場合は別途追加作成してください。