

健康増進施設利用補助金請求書

被保険者氏名		記号・番号	—
利用施設		施設担当者	

利用者	本人・被扶養者	利用月	利用額	※健保使用欄
	本人・被扶養者	年度 4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3		
	本人・被扶養者	年度 4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3		
	本人・被扶養者	年度 4・5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3		
☆ 被保険者・被扶養者それぞれが申請できますが、ともに年間12回が限度です。 ☆ 1ヶ月につき1人1回、上限1,000円の補助となります。 ☆ 補助金の支給については事業所一括にてお支払させていただきます。			※健保使用欄 合計	円

添付書類

- ① 施設へ支払った金額およびその利用内容が記載された領収書。(コピー可)
 - ② 会費制の場合は領収書と、施設が発行した施設利用日を確認できる書類(出席簿など)。(すべてコピー可)
- ※上記②「利用日の確認」には、裏面の様式をご利用いただき証明いただいても結構です。

(振込先) _____ 銀行 _____ 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	預金 口座No. _____
フリガナ		
口座名義(事業所に限る) _____		

上記のとおり請求します。

_____年_____月_____日

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

事業所名 _____

【施設利用状況 確認用】

お手数ですが、ご利用の施設にて、施設利用日の証明と捺印をご依頼ください。

利用者名		施設名		⑩
利 用 日		例/29年9月	例： 9/1. 9/8.	他 2日
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	

利用者名		施設名		⑩
利 用 日		例/28年9月	例： 9/10. 9/20.	他 日
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	

利用者名		施設名		⑩
利 用 日		例/27年9月	例： 9/15. / .	他 日
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	
年 月	/ . / . 他 日	年 月	/ . / . 他 日	