

健康増進施設利用補助金請求書

被保険者氏名		記号・番号	8888 —
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。			補助額合計	円

添付書類

- 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)
- 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・コピー可)。
※上記②の、施設利用日を確認できる書類は、次頁の【施設利用状況確認用紙】を利用して証明いただいても結構です。

(振込先) _____ 銀行 _____ 支店 { 普通 } 預金 口座No. _____
 { 当座 }

フリガナ
 口座名義 _____

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

被保険者氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

【施設利用状況 確認用紙】

お手数ですが、ご利用の施設にて、施設利用日のご記入および確認印の捺印をご依頼ください。

利用者名		施設名		印
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		印
利 用 日		例/28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		印
利 用 日		例/27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	