

健康増進施設利用補助金請求書

記入見本

被保険者氏名	西日本 太郎	記号・番号	12 — 345
利用施設	プラスチックスポーツジム 南船場店	施設担当者	船場 太郎

利用者	本人・被扶養者	利用月	利用額	※健保使用欄
西日本 太郎	本人・被扶養者	R7 ④・⑤・⑥・7・8・9 年度 10・11・12・1・2・3	15,000	
西日本 花子	本人・被扶養者	R7 ④・5・6・7・8・9 年度 10・11・12・1・2・3	5,000	
		5・6・7・8・9 10・11・12・1・2・3		
※健保使用欄 合計				円

年度（4月1日～翌年3月末日）毎になるよう申請を行ってください。
令和7年度分を申請する場合は、令和7年4月～令和8年3月の申請項目となります。

- 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) (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。

赤枠の※健保使用欄は記入しないでください。

(振込先) プラスチック 銀行 南船場 支店 { 普通 当座 } 預金 口座No. 12345

フリガナ ニシニホンコウギョウ(カ)
口座名義(事業所に限る) 西日本工業株式会社

必ず事業所の口座をご指定ください。個人口座指定は対応できません。

上記のとおり請求します。

R●年 7月 1日

西日本プラスチック工業健康保険組合 殿

事業所名 西日本工業株式会社

【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	西日本 太郎	施設名	プラスチックスポーツジム南船場店 プラスチックポ ーツジム南船場店
利用日		例/29年9月	例： 9/1. 9/8. 他 2日
R7年4月	4 / 1 . 4 / 2 . 他 3日	年 月	/ . / . 他 日
R7年5月	5 / 3 . 5 / 4 . 他 3日	年 月	/ . / . 他 日
R7年6月	6 / 5 . 6 / 6 . 他 3日	年 月	/ . / . 他 日

利用者名	西日本 花子	施設名	プラスチックスポーツジム南船場店 プラスチックポ
------	--------	-----	-----------------------------

<記入上の注意事項>

1.補助額

- ・1ヶ月につき1人1回上限1,000円の補助となっております。
- 回数券をご利用の場合、1回の金額が1,000円未満になるケースでは、1,000円未満の補助（1回に発生した金額）となります。
- 例）3,000円の回数券（10回分）をご利用の場合
1回あたり300円となり、1ヶ月につき1人1回上限1,000円までの補助となりますので、月4回ご利用になっても、1回あたりの金額の補助（300円）となります。
- ・複数月をまとめた領収書で月割りをした際に端数になる場合は月額の内訳、回数券購入による都度利用の場合は1回分の内訳を領収書欄外に追記してください。年払いによる割引がある場合（1か月無料等）も領収書欄外に追記してください。

（記入例）2025年3月 0円 ※年払いのため1か月無料

2.添付書類

領収書には以下の記載があることを確認してください。

- ・利用された方の氏名（事業所名や利用者名が被扶養者であるが、宛名が被保険者名の場合は受付できません。）
- ・但書等に領収書の発行対象となった該当年月の記載
- ・領収書原本がA4よりも小さい場合、書類紛失に繋がる恐れがあるため、A4用紙に時系列どおりになるよう貼付対応にご協力ください。

3.【施設利用状況 確認用】

- ・施設名は、角印、施設名のゴム印を捺印いただくよう依頼ください。やむを得ず、施設先で用意ができない場合は施設名の手書き、施設担当者印にてご対応いただくよう依頼ください。原則施設担当者印のみは認めていません。

4.その他

- ・赤枠（利用額および合計）は、記載しないでください。
- ・振込先は、事業所をご指定ください。
- ・振込先（口座名義）のフリガナ記載もれがないか確認のうえご申請ください。