

(健康保険組合記入欄)

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係	担当者	
							起案 令和 年 月 日
							決定 令和 年 月 日

県外勤務被保険者体育奨励行事実施計画承認申請書

事業所名			
実施日	自 令和 年 月 日	日間	
	至 令和 年 月 日		
実施場所			
実施行事名称			
参加人員	名	参加代表者氏名	
実施計画の内容 (詳細に記入のこと)			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業主氏名

サニーピア健康保険組合 御中

県外勤務被保険者体育奨励行事補助金支給申請書

事業所名	(支店、出張所名)	受付番号	第 号
実施月日	令和 年 月 日 ~ 月 日 日間	参加人員	人
行事名称	実施場所		
実施内容 (詳細に)			
<p>上記のとおり体育奨励行事を実施したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業主氏名 _____</p>			
<p>サニーピア健康保険組合 御中</p> <p>上記のとおり体育奨励行事を実施したので、補助金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">参加代表者氏名 _____</p>			
希望振込先	金融機関名		支店名
	普通・当座	口座番号(右づめ)	(フリガナ)
			口座名義
受取代理人 委任欄	<p>本申請に基づく補助金の受領に関する権限を代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日 千 一</p> <p style="text-align: right;">参加代表者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">参加代表者氏名 _____</p>		
	受取代理人 記入欄	<p style="text-align: right;">千 一</p> <p style="text-align: right;">代理人住所 _____</p> <p style="text-align: right;">代理人氏名 _____</p>	

※注意事項

- ・実施後、補助金支給申請書に所定の事項を記入し、事業主の証明を受けて健康保険組合へ提出してください。
- ・補助金は被保険者のみ、1人2,000円を上限として年に1回(4/1~3/31)限り支給します。
- ・補助金の請求は承認された人数内に限ります。
- ・実施行事にもとづく領収書(原本)と『体育奨励行事参加者委任用紙』を必ず添付してください。

体育奨励行事参加者委任用紙

行事名称		参加人員： 人	受付番号： 第 号
------	--	---------	-----------

本行事に参加し、補助金の受領に関する権限を参加代表者に委任します。

	番号	氏名		番号	氏名
1			19		
2			20		
3			21		
4			22		
5			23		
6			24		
7			25		
8			26		
9			27		
10			28		
11			29		
12			30		
13			31		
14			32		
15			33		
16			34		
17			35		
18			36		

※注意事項

- ・押印は不要です。参加代表者も氏名を記入してください。