

保健事業等実施計画書

(※印欄 健保使用 記入不要)

※

承認No.

事業種別印	該	<input type="checkbox"/> 疾病予防
	当	<input type="checkbox"/> 健康増進
	種	<input checked="" type="checkbox"/> 特定保健指導
	別	<input type="checkbox"/> その他

※

常務理事	事務長	担当係

件名			実施期間	自	年	月	日	至	年	月	日	
参加又は対象人員	被保険者	人										
	被扶養者	人	計	人								
事業概要	実施場所											
	事業内容											
経費の明細及び予算総額											予算総額	円
備考	担当者	部署名					電話					

保健事業の主旨に基づき、上記のとおり計画書を提出致します。

事業所名称

事業主

印

※

単位(円)

健保所見	<input type="checkbox"/> 承認	交付見込み額	
	<input type="checkbox"/> 不承認		
	不承認理由		