

保健事業等実施請求書

(※印欄 健保使用 記入不要)

※

承認No.

事業種別	該当	<input type="checkbox"/> 疾病予防
		<input type="checkbox"/> 健康増進
	印	<input checked="" type="checkbox"/> 特定保健指導
		<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											
経費の明細及び実施総額											実施費用総額	円
備考	担当者	部署名		電話								

先に承認を受けた保健事業につき、上記のとおり実施致しましたので領収書等を付して補助金を請求します。

事業所名称

事業主

印

※

単位(円)

健保所見	<input type="checkbox"/> ①費用総額の2分の1 (賞品代なし又は賞品代事業主負担の場合)	交付決定額	
	<input type="checkbox"/> ②費用総額の5分の1 (賞品代健保負担の場合)		
	<input type="checkbox"/> ③(3,000円+消費税)×人数 (①の額よりも下回る場合)		

***賞品代については別様式にて請求のこと

健康増進事業(賞品代) 実施内訳

事業所名					
件名				実施 期間	自 年 月 日 至 年 月 日
参加 人数	被保険者 人	賞品 対象者数	被保険者 人		
実施 場所					
事業 内容					

【賞品内訳】

賞品名・購入先他	人数	単価	金額	請求書提出	
				今回 請求	請求済
① 購入先:			0		
② 購入先:			0		
③ 購入先:			0		
④ 購入先:			0		
⑤ 購入先:			0		
⑥ 購入先:			0		
⑦ 購入先:			0		
⑧ 購入先:			0		
⑨ 購入先:			0		
⑩ 購入先:			0		
今回請求分 計			0		

- *購入先より請求書が届いたら直ちに健保まで申請をしてください。
- *途中で追加がある場合は追記してください。
- *購入先は請求書の宛名をご記入ください。
- *請求書(宛名が「三井化学健康保険組合」のもの)原本を添付してください。