

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)

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	該当印	<input type="checkbox"/> 疾病予防 <input checked="" type="checkbox"/> 健康増進 <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	健康ウォーキングの実施		実施期間	自 令和 ○ 年 10 月 1 日 至 令和 ○ 年 11 月 30 日
参加又は対象人員	被保険者 1,111 人 被扶養者 人	計 1,111 人		
事業概要	実施場所	幸福健康センター(東京都千代田区幸福町1-2-3)		
	事業内容	生活習慣病の改善と運動習慣を身に付けるため被保険者を対象に実施		
経費の明細及び実施総額	運営費 @1,050 × 1,111人 = 1,166,550円 (税込み) 賞品代 @525 × 1,111人 = 583,275円 (税込み)		諸経費 1749,825円 実施費用総額 1,749,825 円	
備考	担当者 田中	部署名 総務部	電話 03-0000-0000	

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 東京都港区南新橋1-1
MC食品株式会社

事業主 代表取締役社長 山田 一朗 

※	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

②A 費用総額の5分の1(賞品代健保負担の場合)

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	該当印	<input type="checkbox"/> 疾病予防 <input checked="" type="checkbox"/> 健康増進 <input type="checkbox"/> 特定保健指導 <input type="checkbox"/> その他
------	-----	--

賞品代は全額健保負担
の場合は、
「②A」「②B」「実施内訳」

※

常務理事	事務長	担当係

件名	健康ウォーキングの実施		実施期間	自 令和 ○ 年 10 月 1 日 至 令和 ○ 年 11 月 30 日
参加又は対象人員	被保険者 1,111 人 被扶養者 人	計 1,111 人		
事業概要	実施場所	幸福健康センター(東京都千代田区幸福町1-2-3)		
	事業内容	生活習慣病の改善と運動習慣を身に付けるため被保険者を対象に実施		
経費の明細及び実施総額	運営費 @1,050 × 1,111人 = 1,166,550円 (税込み) (注)賞品は健保にて支給 実施費用総額 1,166,550 円			
備考	担当者 田中	部署名 総務部	電話 03-0000-0000	

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 東京都港区南新橋1-1
MC食品株式会社

事業主 代表取締役社長 山田 一朗 

※ 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

②B 費用総額の5分の1(賞品代健保負担の場合)

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	該当印	<input type="checkbox"/> 疾病予防
		<input checked="" type="checkbox"/> 健康増進
		<input type="checkbox"/> 特定保健指導
		<input type="checkbox"/> その他

賞品代は全額健保負担
の場合は、
「②A」「②B」「実施内訳」

※

常務理事	事務長	担当係

件名	健康ウォーキングの実施		実施期間	自 令和 ○ 年 10 月 1 日	至 令和 ○ 年 11 月 30 日
参加又は対象人員	被保険者 1,111 人	被扶養者 人	計	1,111 人	
事業概要	実施場所	幸福健康センター(東京都千代田区幸福町1-2-3)			
	事業内容	生活習慣病の改善と運動習慣を身に付けるため被保険者を対象に実施			
経費の明細及び実施総額	賞品代 @525 × 1,111人 = 583,275円 (税込み)		(注) 賞品は健保にて支給		
			実施費用総額	583,275 円	
備考	担当者 田中	部署名 総務部	電話	03-0000-0000	

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 東京都港区南新橋1-1
MC食品株式会社

事業主 代表取締役社長 山田 一朗 MC

※ 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

②Bの内訳

健康増進事業(賞品代) 実施内訳

事業所名	MC食品株式会社	賞品代は全額健保負担 の場合は、 「②A」「②B」「実施内訳」	
件名	健康ウォーキングの実施		
参加 人数	被保険者 1,111人	賞品 対象者数	被保険者 1,111人
実施 場所	幸福健康センター(千代田区幸福町1-2-3)		
事業 内容	生活習慣病の改善と運動習慣を身に付けるため被保険者を対象に実施		

【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 参加賞 (内容:ハンドタル1枚/人 購入先: ○▲株式会社)	1,111	100	111,100	○	
② 達成賞 (内容:ハンカチ1枚/人 購入先: ◇○株式会社)	900	510	459,000	○	
③ 特別賞 (内容:万歩計1つ/人 購入先: □×株式会社)	9	1,050	9,450	○	
④ チーム賞 (内容:スポーツ飲料6本/人 購入先: ××株式会社)	3	1,050	3,150	○	
⑤ 特別賞 (内容:靴下1足/人 購入先: □×株式会社)	1	575	575	○	
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			583,275		

- *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。