

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

受 付	支 払

支給金額	円
(算出基礎)	

被保険者記入欄	
所属部署名	
被保険者証 記号	番号
被保険者氏名	(印)

歩いて走って健康 GET ! 補助金申請書兼報告書

参加者記入欄	参加者氏名		年齢	歳	続柄		
	住所		〒 -			日中の連絡先 (TEL)	
	参加記録	回数	参加年月日	イベント名 (参加したコース)		参加料 (円)	
		1		()			
		2		()			
		3		()			
		4		()			
	5		()				
	参加料合計		円 ※領収書の原本とイベント内容を添付				
	振込先 (被保険者) ※ゆうちょ不可	金融機関名	店舗名	口座種別 普通預金	口座番号	名義人 (フリガナ)	
支給基準		<ul style="list-style-type: none"> ・対象者は被保険者・18歳以上の被扶養者 ・実施期間は年度中4月1日～翌年3月31日です (申請受付は翌年4月10日必着分)。 ・有料イベント参加1回につき1人1,000円×3回まで補助をします。 ※参加料1,000円未満は申請不可 (交通費・手数料不可)。 ※領収書 (原本) は参加者の氏名 (フルネーム) と実施内容などの記載があるものを添付してください。 ・有料・無料に関係なく、イベントの参加料や実施内容がわかるもの (チラシ・パンフレット・インターネットなど) を必ず添付してください (コピー可)。 ・イベントに5回参加すると3,000円相当の記念品を贈呈します。(年1回) 					

歩いて走って健康GET! レポート

伊藤ハム健康保険組合では、ウォーキングやマラソン等いろいろなイベントに参加された方のご感想をお待ちしております。

【例：ご家族や同僚と参加された楽しいお話・健康につながった体験談・イベント情報など】

写真添付大歓迎です！

※ 歩いて走って健康 GET! レポート用紙以外での提出も OK! メールでも OK!

記号・番号	.
氏名	
参加日	
イベント内容	

イベントに参加した感想等ご記入ください。

【連絡先】伊藤ハム健康保険組合
〒663-8586 西宮市高畑町4-27
TEL: 0798-67-1665 FAX: 0798-67-1668
健保メールアドレス: jnkenpo@itoham.co.jp

決議 年 月 日				
常務理事	事務長	担当者	受 付	支 払
支給金額	円			
(算出基礎)				
被保険者記入欄				
所属部署名 ○○○○○				
被保険者証 記号 ○○ 番号 ○○○○○				
被保険者氏名 健保 太郎 ⑨				

歩いて走って健康 GET！補助金申請書兼報告書

参加者記入欄	参加者氏名		健保 太郎		年齢	○○歳	続柄	本人	
	住所		〒○○○-○○○				日中の連絡先 (TEL)		
			西宮市○○町○○-○○				○○○-○○○ ○○-○○○		
	参加記録	回数	参加年月日	イベント名 (参加したコース)			参加料 (円)		
		1	H○○.○.○	○○ウォーキング (5kmコース)			無料		
		2	H○○.○.○	○○マラソン (ハーフマラソン)			○, ○○○		
		3	H○○.○.○	○○ウォーク			○, ○○○		
		4	H○○.○.○	○○ハイキング			無料		
	5	H○○.○.○	○○マラソン (フルマラソン)			○, ○○○			
	参加費合計		○, ○○○ 円 ※領収書の原本とイベント内容を添付						
振込先 (被保険者) ※ゆうちょ銀行不可		金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)			
		△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎			
支給基準		<ul style="list-style-type: none"> ・対象者は被保険者・18歳以上の被扶養者 ・実施期間は年度中4月1日～翌年3月31日です (申請受付は翌年4月10日必着分)。 ・有料イベント参加1回につき1人1,000円×3回まで補助をします。 ※参加料1,000円未満は申請不可 (交通費・手数料不可)。 ※領収書 (原本) は参加者の氏名 (フルネーム) と実施内容などの記載があるものを添付してください。 ・有料・無料に関係なく、イベントの参加料や実施内容がわかるもの (チラシ・パンフレット・インターネットなど) を必ず添付してください (コピー可)。 ・イベントに5回参加すると3,000円相当の記念品を贈呈します (年1回)。 							