

健康保険

運動施設利用費用補助金支給申請書

提出日	令和 年 月 日		※太枠内に必要事項をご記入ください。	
健康保険者 被保険者	記号	社員番号	被保険者氏名	
	番号			
施設利用日	年 月 日			
利用施設名称				
施設に支払った費用	円(領収書の金額をご記入ください。)			

※健保からの補助は被保険者に対し、3,000円が上限となります。(それ以下の場合は実費支給)

※補助は各年度内を4月～9月、10月～3月に分け、それぞれにつき1回となります。

健保からの補助金は、

会社へ届出されている給与口座に振込みさせていただきます。

任意継続の方は、任継申し込み時に届出された口座への振込みとなります。

《補助金申請に必要なもの》

※運動施設利用費用補助金支給申請書

※申請者名が記載された領収証(施設利用費用であることが分かる申請者記載の資料)(原本)

※1枚の領収証につき、1回の申請となります。複数名で利用された場合は代表の方がご申請ください。

【送付先/問い合わせ先】

151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル3階

アルプス技研グループ健康保険組合

電話: 03-5990-2177

メール: info@alpsgiken-kenpo.jp

受付印