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				
健康保険 被保険者	記号 番号	社員番号		被保険者氏名	
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。）				

※太枠内に必要事項をご記入ください。

※健保からの補助は被保険者に対し、5,000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）

【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