

常務理事	係員

.....年.....月.....日

大真空健康保険組合理事長 殿

健康保険組合体育奨励助成金《体育行事》交付申請書(伺)

.....月.....日に実施予定の体育奨励助成金の交付を下記のとおり申請いたします。

1. 行 事 名

2. 実施予定日年.....月.....日 (.....)

3. 参加予定人員名

交付申請予定額 (1人につき 1,000円)円

責 任 者 名^印

※※※ 注 意 事 項 ※※※

- 対象者は大真空健康保険組合被保険者です。
- 参加予定人員名簿を添付してください。
- 必ず事前に申請をしてください。(事後の申請は受付いたしません)