

様式2

常務理事	部長	課長	係長	係

体育奨励事業協賛金報告書

令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地	〒
事業所の名称	
事業主の氏名	⑨
電話番号	
担当者氏名	

※電子申請(KOSMO webによる)の場合は押印不要

健康保持増進を目的とした事業を下記のとおり実施しましたので、事業報告いたします。

※決定欄には記入しないでください

実施年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
事業の名称					
参加予定事業所数		事業所	(うち当組合加入事業所数)		事業所
参加予定被保険者数	男性 人	女性 人	合計 人		
参加事業所数		事業所			
参加被保険者数	男性 人	女性 人	合計 人		
※決定額	人	円			

補助金振込口座	銀行							支店	
種 別	普通 ・ 当座	口座番号							
(フリガナ)									
口座名義									

◎この報告書は、事業終了の日から2か月以内に提出してください
◎この報告書には、「参加者名簿及び実施に要した費用の領収書の写し」を必ず添付してください

受 付 日 付 印