【スポーツアスレチック補助金申請書】

○ この補助金は、東洋水産健康保険組合の被保険者及び被扶養者（配偶者）が、疾病予防の一貫として行った運動時にかかった費用の一部を補助するものです。必要事項を記入し、**申請期限以内(☆)に健康保険組合へ申請**してください。

○ 補助金額は、利用料1回(領収書)につき800円～1,999円の場合500円の補助、2,000円以上の場合1,000円の補助となります。
上限　12,000円/年　1,000/月

被保険者記号･番号	被保険者氏名	適用事業所または所属部署名
－	印	

利用者氏名	該当する方に○
	本人　：　配偶者

	利用年月	月会費	領収書発行年月日
施設利用月会費	令和　　年　　月　利用分	¥	令和　　年　　月　　日
その他月会費 利用種目（　　）			
☆**利用月より2ケ月以内**に健康保険組合合へ申請して下さい。			

	利用年月	利用(都度)料金	利用回数	利用合計金額
施設(都度)利用料 コナミスポーツ不可	令和　　年　　月分		回	¥
☆利用毎の領収書を月末でまとめ、**2か月以内**に健康保険組合へ申請してください。				

	回数券購入年月日	回数券料金
施設利用回数券	令和　　年　　月　　日	¥
☆**回数券購入日より、2ケ月以内**に健康保険組合へ申請してください。		

領収書を発行出来ない施設を利用した場合は、下記太枠に施設による利用証明を頂いて下さい。

施設利用証明書　　証明年月日

令和　　年　　月　当施設を利用した事を証明します。　　令和　　年　　月　　日

施設名称　　印

☆**引落が確認できる書類を添付**

《注意事項》

① 申請書に添付の領収書は原本を提出してください。
　＊領収書氏名が利用者氏名(フルネーム)の記載が無いもの及び利用施設の印が無いものは無効。

② 大会参加費、コート使用料、ゴルフ、ウィンタースポーツでのリフト代は、補助対象外となります。

健康保険組合記入欄					
伺い年月日	令和　　年　　月　　日			補助金額	¥
支払年月日	令和　　年　　月　　日				
理事長	常務理事	事務長		担当者	

受付年月日

東洋水産健康保険組合

2025/4/1