令和　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	担当
支給金額	円	

体育奨励補助申請書

北陸銀行健康保険組合　殿

年　　月　　日申請

部　店　名 （事業所名）		振込先	店番（　　　　） 支店	
部　店　長 （事　業　主）	㊞		普	口座番号
利用代表者 氏　　名	㊞ 日中の連絡先（電話内線　　　）		口座名	フリガナ （注）

下記のとおり実施しましたので、補助申請いたします。

記

実施年月日	年　　月　　日	実施場所 （施設名）	
実施種目			
被保険者 記号・番号	参加者氏名および確認印 （被保険者５名以上）	被保険者 記号・番号	参加者氏名および確認印
・	㊞	・	㊞
・	㊞	・	㊞
・	㊞	・	㊞
・	㊞	・	㊞
・	㊞	・	㊞

合計　　　名　×　　　　円　＝　　　　　　円

・領収書（写し可）を添付ください。
・補助金額：１名 1,000 円まで（年度２回まで）
・大会参加等での申請については、出場者のみ補助対象となります。主催者作成の出場者名簿等の提出をお願いすることがございます。

（注）振込先は原則親睦会等団体口座です。
該当口座がない場合は利用代表者の個人口座をご記入ください。その場合は参加者全員の確認印が必要となります。（団体口座の場合は部店長と代表者のみの押印）