

健康増進施設利用助成金請求書

組合員証記号番号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名
123 - 45678	共 済 太 郎	○ ○ ○ 市
利 用 施 設 名	利 用 年 月 日	
	平成 年 月 日 から	
	平成 年 月 日 まで	
1ヶ月又は1回当たりの助成金額	月数又は回数券購入回数	請 求 金 額
円 ×	回 月 =	円
助成金は、組合員の給付金等受取口座へ送金します。		
上記施設を利用したので、請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 住所 請求者 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 氏名 印 </div>		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 職 名 所属所長 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 氏 名 印 </div>		

① 組合員証の記号・番号及び氏名、生年月日を記入してください。

② 利用された施設名、期間を記入してください。

③ 1ヶ月又は1回当たりの助成金額、月数又は回数券購入回数、請求金額をご記入ください。
 1ヶ月又は1回当たりの助成金額は1,000円です。
 6ヶ月又は6回を限度（6,000円）に請求できます。

⑤ 請求日時・請求者の住所及び氏名を記入し押印してください。

⑥ 申込内容を確認の上、申込み日時及び所属長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

備考1 この請求書には、健康増進施設が発行した利用者名、期間又は回数券の種類等が明記された領収書の原本を添付してください。（レシート不可）

2 助成金は、共済組合の毎事業年度事業計画及び予算で定める1ヶ月当たり又は回数券購入1回当たりの助成金額（年間1人当たり1ヶ月当たり又は1回当たりの助成金額に6を乗じた金額）が限度です。なお、1ヶ月当たり利用金額又は回数券の金額が1ヶ月当たり又は回数券購入1回当たり助成金額に満たない場合は、助成の対象外となります。

3 共済組合が指定した健康増進施設での利用分のみ請求することができます。施設については「保健事業のご案内」または共済組合ホームページにてご確認ください。