

常務理事	事務長	部 長	課 長	課長補佐	係 長	主 任	係

下記
また

実施2週間前までに計画書を健保まで提出してください！

健康づくり事業奨励実施計画書

事業の名称	せきゅけんぽフットサル大会		
事業所記号	195		
所在地	〒 102 - 0075 東京都千代田区三番町1-5		
事業所名	石油製品販売健康保険組合		
事業主名	石油 太郎		
実施担当者氏名	健保 花子		
連絡先	TEL 03 (3265) 3289		
実施 計画 内容	実施予定年月日	令和 8 年 4 月 1 日 (水)	
	参加予定人員	被保険者 10 名 被扶養者 2 名 ※ 参加人員は被保険者5名以上であることが条件です。	
	実施場所	せきゅけんぽグラウンド	
	目的	健康増進と運動習慣づくりのため	
	(事業の概要等) <div>事業の概要を詳しく記入してください。</div>		

必ず公印を
押してください！



上記のとおり実施いたしたく申請いたします。

令和 8 年 2 月 1 日

(組合受付印)

石油製品販売健康保険組合 理事長 殿

《記入上のご注意》

- ① 太線枠内ご記入ください。
- ② 実施計画内容は、出来るだけ詳細に記入してください。
- ③ 実施する事業の企画書やパンフレットを本申請書に添付して提出してください。
- ※ 本申込書に記入された情報は、「健康づくり事業」に係る目的以外には使用しません。
- ※ 個人情報の取り扱いについては、ホームページに掲載しています。

【問合せ先】 保健事業課 TEL: 03 (3265) 3289

※組合記入欄 補助金決定額伺	同 年 月 日			令 和 年 月 日				
	常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係
	人数	人	支給決定額	円		会計係	印	

下記内容に相違ありませんので、補助金の支給をしてよろしいか伺います。
また、別紙の通り健康づくり補助金支給決定通知書を送付してよろしいか伺います。

健康づくり事業奨励実施報告書兼補助金請求書

事業の名称	せきゆけんぽフットサル大会		
事業所記号	195	事業所名	石油製品販売健康保険組合
担当者氏名	健保 花子	連絡先	03 (3265) 3289
補助金請求額 (算出内訳)	参加人数 ※1 12 人 × 3,000 円 = 36,000 円 ※ 参加人数は被保険者5名以上であることが条件です。		
実施日時	令和 8 年 4 月 1 日	実施場所	せきゆけんぽグラウンド
事業の目的	健康増進と運動習慣づくりのため		
実施結果 及び効果 ※2	実施結果・効果を詳しく記入してください。		

補助金の 受領方法	振込先金融機関	
	銀行名	〇〇銀行 △△支店
	口座番号 (フリガナ)	普通 ・ 当座 No. ×××××××××× (セキユセイハンバンバイケンコウホケンクミアイ)
	口座名義	石油製品販売健康保険組合

〔事業主証明欄〕		石油製品販売健康保険組合 理事長 殿
上記の通り健康づくり事業を実施しましたので、補助金を請求いたします		
令和 8 年 4 月 15 日	所在地	〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5
	事業所名	石油製品販売健康保険組合
	事業主	石油 太郎

必ず公印を
押してください！

印

※1 当該補助金の支給対象者は事業実施日現在の当組合加入者となります。（年度内2回限）
※2 実施した事業の概要や目的の達成度などを記入してください。

《提出上のご注意》

- ① 別紙3「補助金対象者一覧」を記入し当報告書に添付して提出してください。
- ② 当該事業の結果表や請求書の写し、当日の写真など実際に行ったことが分かるものを、添付して提出してください。
- ③ 上記報告内容等に関し、ご担当者様に後日照会させていただくことがありますのでご了承ください。
- ④ 補助金の振込先金融機関は事業所または厚生会の口座をご記入ください。（個人口座への振込はできません。）

補助金対象者一覧

担当者印

事業所記号		195	事業所名		石油製品販売健康保険組合		担当者（記入者）	
							健保 花子	
番 号		氏 名	本人／家族	回数				
105		××× ×××	本・家	1	31			
108		××× ×××	本・家	1	32			
109		××× ×××	本・家	2	33			
110		××× ×××	本・家	1	34			
111		××× ×××	本・家	1	35			
113		××× ×××	本・家	2	36			
113		××× ×××	本・家	2	37			
120		××× ×××	本・家	1	38			
123		××× ×××	本・家	1	39			
123		××× ×××	本・家	1	40			
125		××× ×××	本・家	2	41			
126		××× ×××	本・家	1	42			
			本・家		43			
			本・家		44			
			本・家		45			
			本・家		46			
			本・家		47			
			本・家		48			
			本・家		49			
			本・家		50			
			本・家		51			
			本・家		52			
			本・家		53			
			本・家		54			
			本・家		55			
			本・家		56			
			本・家		57			
			本・家		58			
			本・家		59			
			本・家		60			

【注意点】

- ・参加人員は「被保険者5名以上」であることが条件です。
- ・補助金の支給対象者は事業実施日現在の加入者となります〔加入者＝被保険者（本人）または被扶養者（家族）〕。
- ・支給回数は個人単位で年度内2回限りです。また、事業の日数にかかわらず事業単位で支給します。
- ・余白には斜線を引いて消してください。
- ・本報告において入手した情報は、当該健康づくり奨励事業の目的以外には使用いたしません。