

スポーツ教室助成

補助申請書

申込日 R〇年〇月〇日

所属	〇〇部	連絡先	06-6314-0000
被保険者番号	801 〇〇〇〇	氏名	関西 八郎

スポーツ教室名(施設名)	〇〇スイミングスクール
受講期間	R〇年〇月〇日 ~ R〇年〇月〇日

利用者氏名	続柄	年齢	区分	備考
関西 太郎	長男	13歳	被保険者・被扶養者	
			被保険者・被扶養者	

補助決定額 円

①被保険者・被扶養者 1人 5,000円
1家族 年間10,000円を限度とします。

②毎年4月1日より翌年3月31日まで

(健保組合確認)

③入学金・会費など支払金額を明記した書類を
必ず添付して下さい。

--	--	--	--

関西テレビ放送健康保険組合