

# 遠隔地事業所体育奨励事業実施報告書

(遠-様式第2号)

実施日時	自: 年 月 日 ( ) 時 分 至: 年 月 日 ( ) 時 分 日間
実施場所 及び 実施目的	
在籍人数	男性 名 女性 名 計 名 参加率
参加人数	男性 名 女性 名 計 名 %
不参加人数	男性 名 女性 名 計 名 %
不参加理由	
所要 経費 明細	品名等 単価 数量 小計
	1 _____ ( )円×( ) = 円
	2 _____ ( )円×( ) = 円
	3 _____ ( )円×( ) = 円
	4 _____ ( )円×( ) = 円
	5 _____ ( )円×( ) = 円
	6 _____ ( )円×( ) = 円
	7 _____ ( )円×( ) = 円
	8 _____ ( )円×( ) = 円
合計 円	
書ききれない場合は、別紙添付をして下さい。	
1人当たり 円	
年 月 日 事業所名	
上記の通り実施したので報告いたします。	実施責任者 印
*電子承認印でも問題ありません	事業所責任者 印

(ボッシュ健康保険組合使用欄)

この実施報告書に添付していた  
だくもの

- 承認済の「実施申請(計画)書」  
(遠-様式第1号)
- 経費の領収書(原本)
- 実施の様子のわかる写真

常務理事	事務長	部長	課長	係長・主任	担当者
参加人数		1人当り支給額		支給金額	

ご記入頂いた個人情報、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。  
これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてのお尋ねし、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。  
この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。  
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」をご覧ください。

左記の遠隔地事業所体育奨励事業に参加いたしました。

No	保険証番号 (社員番号)	氏名	性別	No	保険証番号 (社員番号)	氏名	性別
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

【奨励金の振込先】

金融機関名	銀行	支店
支店名		
預金種類	普通・当座	口座番号
口座番号		
口座名義		