

# 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	

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		

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications.

Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

\*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website