

	年	月	日	支給		円
本件、支出 してよろ しいか						

健康づくり教室諸経費請求書兼保健指導員旅費領収書

年 月 日

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

組 合 名 _____
 支 部 名 _____
 支部長名 _____

下記の通り、健康づくり教室開催に伴う諸経費として出席者名簿を添えて請求致します。

開 催 日 時	年 月 日 (曜日)				
	開始： 時 分 ~ 終了： 時 分 まで				
会 場	会 場 名 会場の所在地 会場のTEL				
保 健 指 導 員 旅 費 領 収 書	保健指導員旅費をたしかに領収しました。 (自筆の署名) 氏 名				
	補助金申請欄	支給決定	※支給決定欄は記入不要		
出席者数	国保被保 (組合員、18歳以上被保険者)	名	※	名	保健指導員・書記局を除く
	未加入・その他	名	※	名	保健指導員・書記局を除く
	運営担当者	名	※	名	講師・保健指導員・書記局員
諸 経 費	外部講師謝礼金	円	※	円	限度額3万円
	会場使用料	円	※	円	限度額2万円 (組合会館1万円)
	運 営 費	5,000円		5,000円	一律 5,000円
	食 糧 費	円	※	円	請求額は注2参照
	保健指導員旅費	6,000円		6,000円	一律 6,000円
合 計 金 額	円	※	円		

注1：外部講師謝礼金、会場使用料（組合会館使用の場合を除く）、食糧費は領収書（コピー可）が必要です。

注2：食糧費欄は、実際に支払った額と補助上限額を比較して少ない方の額を記入して下さい。

【補助上限額】@1,000円×{(参加者（長建国保の組合員及び18歳以上の被保険者）数+運営担当者数)}

注3：保健指導員旅費領収書欄は、担当保健指導員の自筆の署名が必要です。

注4：支給決定欄は何も書かないでください。長建国保で使用します。

健康づくり教室参加者名簿

開催日 年 月 日
 支部名 _____

番号	保険証の番号	参加者氏名	18歳未満には○を付けて下さい	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

※ この参加者名簿には、国保被保険者以外の者や運営担当者も含めた参加者全員の氏名を記入し、健康づくり教室諸経費請求書と共に、必ず長建国保へ提出して下さい。

