

NXグループ健康保険組合 常務理事印



事業所名 印

衛生教育関係費用負担申請書

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係 諸経費(教材費、食材費、会場費)	
派遣講師名	(内・外)	開催年月日	年 月 日
開催年月日	年 月 日	開催場所	
開催場所		開催内容	
開催内容		対象者	名
対象者	名	費用申請額	円
費用内訳	円	その他	
その他	円		

★太線内は必ず記載願います。

承認 年 月 日 健保 No.

衛生教育関係費用負担承認書(NXグループ健保記入)

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係	
承認金額	<input type="checkbox"/> 上記申請額 <input type="checkbox"/> 下記の金額 円 (上限:20,000円)	承認金額	<input type="checkbox"/> 上記申請額 <input type="checkbox"/> 下記の金額 円 (@600円× 名)
連絡事項	領収書の写しを添付のうえ、請求書をお送りください。	連絡事項	領収書の写しを添付のうえ、請求書をお送りください。

衛生教育実施報告書

年 月 日

担当者名 印

上記教育を実施いたしましたので、ここに報告いたします。

講師派遣要請関係		事業所主催衛生教育関係	
実施年月日	年 月 日	実施年月日	年 月 日
実施内容	別紙関係資料のとおりです。	実施内容	別紙関係資料のとおりです。
参加者数	名	参加者数	名

★太線内は必ず記載願います。

※対象事業:生活習慣病、メンタル、肥満、喫煙、歯科、がん、睡眠、栄養、運動、飲酒など
 (各種教育実施時のインセンティブ/参加賞など・食事代は補助対象外)