

生活習慣病予防健康増進プログラム補助金申請申込書兼承認書

(個人情報の取り扱いについてはホームページに掲載しています。)

■別紙「保養施設・運動施設等の利用およびイベント・教室等の参加における個人情報の取り扱いについて」をお読みいただき、同意の上、氏名欄にご記入ください。

東京都情報サービス産業健康保険組合 行

※太枠内にご記入ください。

■申込責任者(被保険者)

| | | | |
|---------|-----|----------|-----|
| 事業所名 | | | |
| 記号・番号 | — | 申込責任者名 | 印 |
| 勤務先電話番号 | () | 自宅(携帯)番号 | () |

■申込プラン内容

| | |
|-------|---|
| 施設店舗名 | 対象施設 |
| | セントラルスポーツ |
| 利用希望日 | 期間:2020年4月1日から2021年3月31日まで 被保険者及び被扶養者(年度内一人1回) |
| 年 月 日 | |

| 希望 (チェック) | 申込プログラム名 | 料金 |
|--------------|-----------------|---------|
| スクール名 | ライトプラン(4回コース) | 22,000円 |
| | ノーマルプラン(12回コース) | 55,000円 |

■補助金申請者(被保険者・被扶養者)

| 記号・番号 | 補助金申請者氏名 | 続柄 | 性別 | 年齢 | 備考 |
|-------|----------|------------|-----|----|----|
| — | | 本人 被扶養者 | 男 女 | | |

■補助金助成額

| |
|---------|
| 補助金助成額 |
| 10,000円 |

申込手続き

1. 補助金申請申込書に所定の事項を記入してTJKへご提出ください。
2. TJKで承認後、承認印を捺印した承認書を返送いたします。
3. 返送されてきた補助金承認書の他、プログラム申込書と健康申告書を下記フィットネスクラブの窓口へご郵送ください。(専用封筒を承認書と一緒に送付いたします)
〒104-8255 東京都中央区新川1-21-2 茅場町タワー口
セントラルスポーツ(株) 健康サポート部 TEL03-5543-1811
4. 希望クラブ(トレーナー)より、初回日時などのガイダンス連絡があります。
5. 利用日当日に補助金額を差し引いた自己負担分をプログラムを受講するフィットネスクラブの窓口でお支払いください。

(注)

1. 次の項目に該当する場合、利用規定により補助金は支給致しませんのでご注意ください。
 - ①事業所又は事業主の事業の一端として行われる場合又は運動に要する費用の補助がある場合
 - ②プログラム代金を精算した後に申請した場合
 - ③必要事項に記入漏れ・捺印漏れがある場合
2. 承認書の有効期限は、承認印記載日より2ヶ月までとなります。

TJK承認印欄