組合使用欄	常務理事	事務局長	部　長	課　長	係　長	担当者

交付決定金額	￥

ハ

報告日：令和　　年　　月　　日

（様式第１号）

東京都医業健康保険組合理事長殿

〒（　　-　　）

事業所記号(4桁)	

所　在　地

事業所名

事業主名　　㊞

ご担当者名

ご連絡先

※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

令和４年度 ハイキング実施報告書

ハイキングについて、下記のとおり実施いたしましたので報告します。

実施年月日	令和　　年　　月　　日			
実施被保険者数	男性　　人	女性　　人	合計　　人	
行先 名称		費用総額	￥	
行先 所在地	(〒　　-　　)			
備考				

費用振込銀行	銀行情報	銀行 信組 金庫 農協	本店(所) 支店(所)	預金種別	普通・当座
		銀行コード	店番		
	フリガナ			口座番号	
	口座名義				

（口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。）

注意

1. この報告書には、実施した日から10日以内に**支払い金額と人数の確認できる書類（領収書の写し及び請求明細書の写し）及び行程表**を添付して、提出してください。
2. 「費用総額」には、実施に要した費用の総額を記入してください。
3. **費用振込銀行は、事業所取扱の口座を記入してください。**
4. 実施者名簿を添付してください。
5. 令和４年度の報告書提出最終締め切りは**令和５年４月７日組合必着**です。早期のご提出にご協力をお願いいたします。

ハイキング実施に要した費用の明細

事業所記号（４桁）	

１．領収書（明細書含む）添付のもの　　￥

２．交通費などで領収書の添付ができないもの　　￥

内　訳

（　　）

３．合　計＿＿＿＿＿＿＿＿人　　￥
（被保険者以外も含めた総人数）

	一人あたりの経費	実施被保険者数	金　　額
組合記入欄	円	人	円

実　施　者　名　簿

事業所記号	

◎被保険者証の番号順に記入して下さい。

被保険者証番号	氏　　名	性　別	被保険者証番号	氏　　名	性　別
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女
		男　女			男　女