日本航空健康保険組合 企画・業務チーム 御中

（e-mail: [wellness-keikaku\_houkoku@ml.jal.com](mailto:wellness-keikaku_houkoku@ml.jal.com) , Co-mail : HND TECH / KENPO / TKG ）

**JAL Wellness実施完了連絡 兼 費用補助申請書**

１．活動概要　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　記入日 　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 地区名 |  |
| 代表Wellnessリーダー　氏名 |  |
| 会社名（３LTR）／所属 |  |
| 活動を他の会社と共同実施する場合  共同実施Wellnessリーダー氏名／会社３LTR |  |
| 実施活動名 |  |
| 実施日 |  |
| 参加人数  （内JAL健保加入者数・JBP人数） | 人（JAL健保加入者数　人 / JBP人数　人） |
| 連絡先 | TEL :  E-mail : |

２．実施内容

|  |
| --- |
| **今回のWellness活動を実施した感想、成果、課題、課題の改善方法など**  **今回の活動を終えて、今後、職場の健康課題を解決・健康リテラシー向上のために、Wellness活動をどのように展開していきますか？（自由記入）** |

３.支出額内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 支出額  （円） | 積算内訳 |
|  |  |  |
| 合計 |  |  |
| 参加者自己負担額 |  | 1人当たり（健保補助後の実質負担額） |

４．振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 科目 | 口座番号 | 名義（カナで記入） |
|  |  |  |  |  |
| 金融機関番号 | 支店番号 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　\*健保へ届出済の事業所口座の場合は、記入不要

５．事務局確認（事務局記入欄）　申請者は、記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部門 | 了承印 | 備考 |
| 日本航空  人財戦略部 |  |  |
| 日本航空  ウエルネス推進部 |  |  |
| 健康保険組合 |  |  |

（事務局記入欄）

**補助決定額　　　　　　　　　　　　　　　　円　（内JBP分　　　円）**

**≪注意事項≫**

●実施完了連絡兼費用補助申請書**（WORDでお送りください）**および提出書類は、e-mail添付でお送りください。

●提出書類

**【費用補助を申請する場合】**

1. 領収書本紙（購入品目が確認できるもの。詳細が記載されたレシートを提出してください。）

領収書はPDFでお送りいただいた後、本紙をコメール等でご提出ください。

1. 活動報告書（仕様は自由ですが、集合形式の活動の場合は写真必須）

※集合形式でない活動で写真がない場合：活動が確認できる資料（配布資料・参加者募集チラシ等）

1. 参加者名簿（必ず申請用書式でご提出ください）

**【WellnessリーダーのQUPiOポイント付与（費用補助なし）の場合】**

1. 活動報告書（仕様は自由ですが、集合形式の活動の場合は写真必須）

※集合形式でない活動で写真がない場合：活動が確認できる資料（配布資料・参加者募集チラシ等）

1. Wellnessリーダーの参加者名簿（必ず申請用書式でご提出ください）

●送付先：e-mail: [wellness-keikaku\_houkoku@ml.jal.com](mailto:wellness-keikaku_houkoku@ml.jal.com)

※送信の際の件名は、「**地区名　会社名　実施活動名**」としてください。

　　　　　　　コメール : HND TECH / KENPO / TKG