事業内容確認書

記号		番号		被保険者氏名		記入日	年 月 日
----	--	----	--	--------	--	-----	-------

申請対象者氏名	
---------	--

事業について			
事業所名		従業員数	人
所在地	〒		
事業内容	(どのような事業を、どこで、どのように行っているのかを記入して下さい) <hr/> <hr/> <hr/>		

東リ健康保険組合が認定する経費以外の直接的経費について			
* 東リ健康保険組合が認定する経費以外で事業に欠かせない経費がある場合は、科目、金額、具体的な理由を記入してください *			
経費科目	金額	事業を行う上で必要である理由	認定可否 【健保使用欄】
	円		可・否