

※該当のセミナーに○をつけてください

2024年度 健康教室(メンタルヘルス・卒煙研修等)補助金支給申請書

対象者	合計 人 (内訳: 被保険者 人、未加入者 人) ※最少開催人数は 20 名 (参加者のうち、被保険者が半数以上であれば被扶養者、未加入者も参加可)			
実施期間または期日	(西暦) 年 月 日 から (西暦) 年 月 日 まで (日間)			
補助金申請額	円			
振込先	銀行	本・支店	口座番号	口座名義(カタカナ)
			普・当	

上記の通り申請いたします。

申請日: (西暦) 年 月 日
事業所名:
事業主名:
担当(連絡先): (- -)

【注意事項】

- 補助対象: 参加者のうち、イオン健康保険組合の被保険者・被扶養者が半数以上占める場合
- 添付書類: ①実施機関からの請求書(領収書)コピー
(講師代等明細が記載されているもの)
②事務局のセミナー報告書(書式はフリー)
可能な場合は、セミナー資料を添付して下さい。
- 補助金額: 2024年度のセミナー実施につき、講師代として上限10万円
(税込・講師交通費・教材等付随費用含む)
- 実施期間: 2024年4月1日~2025年3月31日
- 支払日: 毎月25日迄に受理した申請書については、翌月15日の支払い。
(15日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります。)
- 提出期日: 2025年4月5日が最終の申請書提出日となります。

<イオン健康保険組合処理欄>

支給決定伺				補助金額	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	

