実施後提出

イオン健康保険組合　理事長　宛

2025年度　健康教室(メンタルヘルス研修等)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 普・当	口座名義(カタカナ)

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】

1．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
2．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。
3．補助金額：2025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)
4．実施期間：2025年4月1日～2026年3月31日
5．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。)
6．提出期日：2026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	

受付日