

イオン健康保険組合 理事長 殿

※該当の研修を○で囲んでください。

2021年度 健康教室（メンタルヘルス研修等）実施計画 連絡表

*各項目をご記入ください。（または○で囲んで下さい）

参加予定人数	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)
実施予定日	実施予定日：（西暦） 年 月 日 時 分 ～ 時 分
講師の手配	1. 要：イオン健康保険組合にて紹介、派遣が必要な場合 2. 不要：事業所（各社）にて手配する
実施場所	*講師の手配が「要」の場合は必ずご記入下さい。（詳細未定の場合はその旨記） 所在地： 会場名：

上記の通り、実施計画を連絡いたします。

申請日：（西暦） 年 月 日
事業所名：
事業主名： ⑩
担当（連絡先）：（ — — ）

【注意事項】

- ① この連絡表は、補助金申請を伴う健康教室を実施する場合、実施予定日の2ヶ月前までにイオン健康保険組合に提出して下さい。（尚、講師の紹介・派遣が必要な場合は3ヶ月前までとします。）
- ② 健康教室（セミナー）実施1回につき、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）までの実費補助とする。

<組合処理欄>

決裁	決定伺		
常務理事	事務長	課長	担当

