

<被保険者・被扶養者・任意継続者用>

※健保組合記入欄

事務長	課長	担当者	支給決定年月日	コード	支給金額	内訳
				211		本家

メンタルサポート補助金支給申請書
(研修会・講演会等補助)

令和 年 月 日提出

下記のとおりメンタルヘルス研修会・講演会を受講いたしましたので、補助金を申請いたします。

事業所名						
被保険者証記号・番号	記号		番号			
被保険者氏名						
受講者氏名					続柄	
受講料	円					
研修会・講演会名						
日時	令和 年 月 日 (曜日)					
内容	別添のとおり (研修会・講演会等のプログラム添付)					
委任事項	この補助金の受領を一括受領責任者(氏名) に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名					

※ 申請上の注意事項

- 対象者 公的機関や民間機関が主催するメンタルヘルスに関する研修会や講演会に参加した、職場の管理職や担当者及びメンタル疾患をかかえる被保険者、被扶養者を補助の対象とします。
- 利用回数 年度内(4月～翌年3月末)に1人1回限りとします。
- 補助金額 受講料の半額を補助いたします。
- 添付書類 ・ 研修会・講演会等のプログラム
・ 参加した研修会等の受講料領収書(原本)
- その他 任意継続被保険者の方は、委任事項欄の記入は不可となります。