

申請日

年 月 日

## 面談カウンセリング費用補助申請書(第 回)

日航健保電話カウンセリングサービス窓口の紹介により、下記機関において面談カウンセリングを受けましたので費用補助を申請いたします。

## (本人記入欄)

保険証	記号		番号	
被保険者氏名・印	印			
自宅住所	〒 TEL ( )			
勤務先				CO-MAILアドレス
				TEL ( )
費用補助対象者	氏名		続柄	
支払金額		円	健保補助額 ※健保記入欄	円

## (相談機関・医療機関記入欄)

名称	印			
面談年月日	平成	年	月	日

- 【注意事項】
- ・費用補助対象者は、日航健保の被保険者及び被扶養者です。
  - ・必要事項ご記入、ご捺印のうえ、領収書(本紙)を添えてご提出ください。
  - ・日航健保契約「電話カウンセリングサービス」窓口の紹介による相談機関・医療機関で面談カウンセリングを受けた場合、健保補助額は、7割上限7,000円(税別)。
  - ・1年度は4月から翌年3月までとなります。
  - ・補助金の支払は、健保給付金「その他」としてお支払いいたします。
  - ・申請書に記載された個人情報は、当組合の「個人情報保護管理規程」に基づき保護の徹底を図り、本事業目的以外には使用いたしません。

## 【提出先】

郵送: 〒144-0041 東京都大田区羽田空港3-6-8  
日本航空健康保険組合 企画・業務チーム

CO-MAIL: HND FTC K-YH/TKG  
TEL:03-5756-3862

日本航空健康保険組合