

申請日 年 月 日

面談カウンセリング費用補助申請書（第 回）

JAL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 (自書による署名)		
自宅住所	〒	TEL ()
会社名		
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 ※領収書に押印がある場合は、押印不要
面談年月日	年 月 日

- 【注意事項】
- ・費用補助対象者は、JAL健保加入の被保険者及び被扶養者です。
 - ・必要事項にご記入、ご署名の上、領収書（本紙）を添えてご提出ください。
 - ・JAL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のみ、支払金額の7割（上限7,700円(税込)）を補助します。
 - ・補助金の支払は、健保給付金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 TECH / KENPO / TKG

TEL:03-5756-3860

日本航空健康保険組合