

治療開始前に別紙を必ずご確認ください

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

禁煙外来治療補助金支給申請書

注-1: 補助の上限額は5,000円です。

注-2: 治療を途中で中断された場合、補助金は支給いたしません。

健康保険 被保険者	記号		事業所名		
	番号		部署名		
受診者氏名				性別	男 ・ 女
				年齢	歳
受診した者が 被扶養者である とき	被保険者氏名		被保険者 との続柄		
住所および 連絡先	〒 ー ー				
	連絡先電話番号: ー ー				
受診医療機関	名称				
	所在地				
治療期間	初回診察日 (第1回目)	令和	年	月 日	
	最終診察日 (第5回目)	令和	年	月 日	
治療費用の 総額	円 ※全受診分の領収書【写】と領収(請求)明細書【写】を添付してください。				
証明	※医療機関で発行された「終了証【写】」等を添付してください。 「終了証」等がない場合は下記へ「医師の証明」をお願いします。 上記の者が禁煙治療を終了したことを証明します。 医師名 _____				
振込先	銀行	支店	預金種別	普通 ・ 当座	
	銀行コード	支店コード	口座番号		
※被保険者名義 に限ります	口座名義(カタカナ)				
	ゆうちょ銀行をご希望の方は以下へご記入ください				
	記号	番号			
	口座名義(カタカナ)				
健保 記入欄	受付No.	健保 受付日	補助金 支給決定額	円	