記　入　例

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	６１４８	事業所名	○○会社
	番号	５１２３４５６	部署名	○○支店○○部
受診者氏名	健保　太郎		性別	[✓ 男]・女
			年齢	４１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	本人
住所および連絡先	〒１２３－４５６７ ○○県□□市△△町１－２－３ 連絡先電話番号：１２－３４５－６７８９			
受診医療機関	名称	○○病院		
	所在地	○○県□□市△△町４－５－６		
治療期間	初回診察日（第１回目）	令和　２　年　４　月　１　日		
	最終診察日（第５回目）	令和　２　年　６　月　３０　日		
治療費用の総額	１５，０００　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　禁　煙　一　郎			

振込先 ※被保険者名義に限ります	○　○銀行	□　□支店	預金種別	[✓ 普通]・当座
	銀行ｺｰﾄﾞ　1　2　3　4	支店ｺｰﾄﾞ　5　6　7	口座番号	7　6　5　4　3　2　1
	口座名義(カタカナ)　ケンポ　タロウ			
	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№		健保受付日		補助金支給決定額	円