

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 被保険者証	記号	6148	事業所名	〇〇会社		
	番号	5123456	部署名	〇〇支店〇〇部		
受診者氏名	健保太郎 捺印を忘れずに→ 健保	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 〇〇県〇〇市△△町1-2-3 連絡先電話番号: 12-345-6789					
	名称	〇〇病院				
受診医療機関	所在地	〇〇県〇〇市△△町4-5-6				
	初回診察日 (第1回目)	令和 2年 4月 1日				
治療期間	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 禁煙					
振込先	〇〇銀行	□□支店	預金種別	普通 当座		
	銀行コード	1 2 3 4	支店コード	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					
※被保険者名義 に限ります	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		