

禁煙費用補助申請書

年 月 日

所属 _____

(フリガナ)

氏名コード： _____ 氏名 _____ 印 _____

振込先口座

銀行・金庫 信組・農協	本店 ・ 支店	普通							
----------------	---------------	----	--	--	--	--	--	--	--

- 取得した個人情報については目的以外には使用しません。
- 申請者本人名義の口座に限ります。
- この申請書は必ずボールペン又はペンでご記入ください。

◆◆送付前に下記をご確認ください◆◆

- 禁煙達成証明書
- 禁煙外来受診時の領収証*1 および診療明細書*2
※1：本人名義であること
※2：ニコチン依存症管理料等が記載されているもの
- 禁煙補助薬費用領収証*3 (院外処方時・OTC 購入時)
※3：本人名義であること
商品名が明記されているもの (レシート不可)
- 通帳の店番・口座番号が分かるページのコピー

【注意事項】

- 健康保険組合到着後、提出書類及び禁煙の確認が 15 日までにできた場合は当月、15 日以後は翌月の月末に振り込ませていただきます。
提出書類、記載事項に不備がある場合は遅れることがありますので、ご了承ください。
- 自己負担額が 1 万円未満の場合、補助金額は実費 (100 円未満は切り捨て) となります。
- 禁煙費用補助の申請は、禁煙達成日 (禁煙開始日の 6 か月後) から 1 か月以内です。

..... 健康保険組合処理欄

支給年月日	年 月 日
受診費用総額	円 処理 NO.
健保支給額	円 備考

受領日	禁煙確認日
/	/