

健康 保 組 合	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	係長	係
	(伺) 下記のとおり支給してよろしいか						
	支給額						
	支払内訳						

## 禁煙外来治療補助金申請書

下記のとおり禁煙外来治療が終了したので、補助金を申請します。

事業所名			
健康保険の 記号 - 番号	—		健康保険の記号 - 番号または 個人番号のいずれかをご記入ください
被保険者 個人番号 (マイナンバー)	□□□□	□□□□	□□□□
被保険者氏名			
受診者氏名			
住 所	〒		
連絡先電話番号	—		—
受診医療機関			
禁煙外来を受診した回数			回
受 診 日	医療機関への支払額	調剤薬局への支払額	合 計 (A)
1回目 月 日	円	円	円
2回目 月 日	円	円	
3回目 月 日	円	円	
4回目 月 日	円	円	
5回目 月 日	円	円	
交付申請額 (A) と20,000円のいずれか低い方			円
銀行振込 (被保険者の口座)	振込先	銀行 支店	
	預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )	
	口座番号		
	口座名義人	(カタカナ)	

### (添付書類)

- 禁煙外来治療の領収書
  - 受診者氏名が記入されていますか
  - 受診内容 (禁煙外来治療) が記入されていますか
  - 受診年月日 (回数) が記入されていますか
  - 領収書の金額が他の項目と一緒にありませんか  
(禁煙外来治療が判る内訳が記載されていますか)
  - 医療機関名、印鑑は記されていますか
- 禁煙外来治療終了証

### (注意事項)

- 治療終了時において健康保険の資格を喪失された方は補助の対象外となります。
- 補助は一人1回限りです。