

# 禁煙外来補助金支給申請書

禁煙外来費用補助について下記の通り申請いたします。

申請日：令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	所属部署	
フリガナ			連絡先	
被保険者氏名				
現住所(居所)	〒			
フリガナ			被保険者との 続柄	本人・配偶者・その他( )
利用申込者 (申請者)氏名				
利用申込者 の生年月日	昭和 平成	年 月 日		
医療機関 名称				
医療機関 所在地	〒			
診療回数	診療年月日	自己負担額 (診療 + 調剤の合計)	健康保険組合使用欄	
第1回	令和 年 月 日	円		
第2回	令和 年 月 日	円		
第3回	令和 年 月 日	円		
第4回	令和 年 月 日	円		
第5回	令和 年 月 日	円		
合計金額		円		

## 【注意事項】

- 初診終了後、1週間以内に補助金利用申込を行っていないときは補助金支給の対象外となります。
- 治療プログラムを中断した場合、あるいは治療プログラムの終了が確認できない場合は支給対象外となります。
- 治療プログラムの終了から1か月以内に申請してください。1か月を過ぎると支給対象外となりますのでご注意ください。
- 20,000円(税込)を上限とし、治療プログラム(期間12週 診療回数5回)にて支払った治療費および医師の処方に基づいて購入した禁煙補助薬の購入費の合計の実費額を補助します。
- 必ず全ての診療分の領収書(コピー可)・診療明細書(コピー可)および禁煙外来終了書等を添付してください。
- 領収書が無い場合や、自己負担額に禁煙外来以外の治療費が含まれている場合は、その額を除いて支給いたします。
- 補助金は被保険者の給与口座に振り込みます。

支給決定額

円

受付日付印