

禁煙外来補助金支給申請書

記入例

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 4 月 1 日

被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	77777	所属部署	マルハン浅草店	
フリガナ	キンエン ヨシヤ				連絡先	000-7531-2468	
被保険者氏名	禁煙 良康						
現住所(居所)	〒 000-0000 東京都浅草区浅草10-20 浅草ハイム333						
フリガナ	キンエン ヨシヤ				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	禁煙 良康						
利用申込者 の生年月日	昭和	60	年	○	月	○	日
医療機関 名称	医療法人浅草会 東京禁煙病院						
医療機関 所在地	〒 000-0000 東京都浅草区浅草800 浅草駅前ビル						
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 3年 6月 □日		4,800 円				
第2回	令和 3年 6月 □日		5,000 円				
第3回	令和 3年 7月 □日		5,000 円				
第4回	令和 3年 8月 □日		5,000 円				
第5回	令和 3年 8月 □日		5,000 円				
合計金額			24,800 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

健保記入欄のため
記入しないで下さい 円

受付日付印