

禁煙外来 補助金支給 申請書

保険証 記号・番号	記号	番号	ふりがな		印
			被保険者氏名		
被保険者住所	〒 - （電話） - -				
事業所名称					
ふりがな			続柄	生年月日	年 月 日
禁煙外来 受診者名					
診療を受けた 年月日	診療開始 年月日	年 月 日 より	通院日数		日
	診療終了 年月日	年 月 日 まで			
診療を受けた 医療機関	名称				
	所在地				
振込先	補助金は、 会社指定口座 へ振り込みます。 (毎月末までに当健保に届いた補助金支給申請書は、翌月20日に振り込みます)				
私、_____ は、禁煙外来にて禁煙しましたので以上の通り、補助金を申請します。					
年 月 日					

受付日付印

1. 禁煙外来に通院し、禁煙に成功した被保険者・被扶養者
※外来受診前に、「禁煙外来でらくらく禁煙」に申し込みが済んでいる者
2. 表題の「被保険者」か「被扶養者」に○で囲んで下さい。
3. 誤字等で訂正する場合は、2重線で訂正し、訂正印をお願いします。

1. **禁煙外来受診終了証明**（医療機関発行のものでコピー可）、または、
当健保指定用紙の「**禁煙外来終了証明**」
2. 領収書のコピーを、**補助金申請書の裏面にホッチキス**でとめて下さい。