

健康保険組合理事長殿

## 卒煙補助金申請書

所属事業所名	
--------	--

被保険者氏名	印
--------	---

- 1.禁煙外来を利用した場合

受診した医療機関名				
受診年月日	初診日		終了日(継続は未記入)	
	月	日	月	日

処方した薬局名	
---------	--

合計の自己負担額	円	※請求額は10,000円上限
----------	---	----------------

- 2.市販薬を購入した場合

購入した薬局名				
購入品名	単価	数量	金額	

合計の自己負担額	円	※請求額は10,000円上限
----------	---	----------------

※1.2を併用した場合でも支給上限は10,000円です。

## 3.振込先

金融機関名	銀行		支店
口座番号	普通		※口座番号は0埋めの7ケタ
口座名義	カタカナで記入		

## 【事前チェック欄】

- 捺印はしましたか？
- 領収書原本は添付しましたか？(領収証は返却できません)
- 振込先の金融機関の支店名と口座番号は確認しましたか？(支店名変更多し)
- 上限10,000円を超えた分については補助金の支給がありません

(健保使用欄)

健保の支給額	円
レセプト確認月	平成 年 月分

常務理事	事務長	担当者