

健康保険組合			
常務理事	事務長	点検	担当

禁煙外来特別補助金申請書

令和 年 月 日提出

記号・番号	受診者(被保険者)	会社・事業所・所属部課名
—		電話 ()

診療を受けた年月日	診療開始年月日	令和 年 月 日 から	通院日数			
	診療終了年月日	令和 年 月 日 まで	日			
診療費用(自己負担)	医療機関へ支払	円	調剤薬局へ支払	円	合計	円
診療を受けた医療機関(診療科)(担当医)	治療方法	①内服薬 ②ニコチンパッチ (該当する番号に○印をつけてください)				
	名称	(診療科) (担当医)				
	所在地					
禁煙宣言	私は、禁煙治療プログラムに参加し、令和 年 月 日より禁煙しています。 (禁煙成功者)自筆署名					
禁煙に成功した証明	職場の上司及び同僚 (出向者は出向先の上司及び同僚)	診療終了後、2ヶ月以上、禁煙を達成したことを証明いたします。 令和 年 月 日記入 (証明者)自筆署名				
振込銀行口座(本人名義)通帳の写し添付	銀行名		口座番号(右づめ)	普通預金		
	支店名		(カタカナで)口座名義			

(申請方法)

この申請用紙と一緒に

①全受診分の領収書(原本) *5回未満は医師の証明書を添付

②調剤薬局で薬を受け取った場合はその領収書(原本)

①②の領収書に必要な記載事項

- a 受診者氏名
- b 受診内容 「禁煙外来」という但し書き
- c 受診年月日
- d 医療機関・薬局名および印
- e 患者負担額

記載漏れがある場合は、医療機関・調剤薬局へ記入をお願いしてください。

③振込銀行口座の通帳のコピー(口座番号、名義名のあるページ)

を事業所の健保窓口経由健保組合に提出してください。

(補助金額)

この補助は、診療費用が2万円未満の場合実費を支給し、2万円を超える場合2万円を支給になります。

健保使用欄	
補助額(振込)	(上限2万円) 円

