

禁煙外来治療費用  
補助金交付申請書

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

治療開始から終了まで当組合の資格がある20歳以上の被保険者の方が対象です。  
卒煙後、早めのご提出にご協力お願いいたします。(期限を過ぎた場合、受理することができません)

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女	
	氏名(自署)	フリガナ									
	住所 電話番号	〒 日中連絡のとれる電話番号: ( ) 内線番号( )									
	金融機関名称	銀行・金庫・信組・農協					本店・支店・出張所				
	口座名義 (カタカナ)		店 番 号			預 金 種 別	普 通 座 別 段	口 座 番 号			

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座名は金融機関の届出の通りに記入してください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

【添付書類】

全診療分の医療機関及び調剤薬局の領収書のコピー、医療機関発行の卒煙証明書のコピー

【補助限度額】

禁煙外来受診で卒煙証明書受領者に、1年度1人1回30,000円を上限  
(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費が上限となります。)

【注意事項】

今年度の途中に任意継続被保険者になられた方で、在職中に今年度の補助金交付をされている場合は補助の対象になりません。

【提出先】

在職中の方は、事業主印が必要となりますので、人事部経由で申請してください。  
任意継続被保険者の方は、直接当組合へ申請してください。

【問い合わせ先】

当組合ホームページ『お問い合わせ』にてご確認ください。

受付年月日

検索

健保記入欄
支給決定日:
支給額: