

--	--	--

禁煙プログラム（禁煙外来）補助申請書

令和 年 月 日

保険証の 記号・番号	—	会社名				
被保険者氏名		申込者氏名				
受診医療機関 調剤薬局						
期間及び 通院回数	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 回 *5回未満の方は、理由を健保にお知らせください。					
*最終服薬日	令和 年 月 日					
禁煙達成の有無 等について	禁煙達成： 有 ・ 無 現 状：					
禁煙外来費用 の 総 額	円 ※自己負担額（3割）の総額を記入					
振 込 先 ※被保険者本人の 給与口座又は経費 口座をご記入くだ さい。	銀行名	銀行	支店名	支店		
	種 目	普通		当 座		
	口座名義	フリガナ				
		被保険者氏名				
口座番号						
申請確認欄 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 点にてチェック	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
健保記入欄	受付No.	補助金支給決定額	円			

*最終服薬日以降に、この申請書（原本）と「領収書・医療費明細書の原本」をご提出ください。
領収書はお返しできません。

- 【必要書類】 補助申請書
 全受診分の領収書（原本）と医療費明細書
 調剤薬局の領収書（原本）と医療費明細書