

--	--	--

禁煙プログラム（禁煙外来）補助申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	会社名	株式会社〇〇〇			
被保険者氏名	健保 太郎	申込者氏名	健保 太郎			
受診医療機関 調剤薬局	〇〇〇〇病院、〇〇〇薬局					
期間及び 通院回数	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 6 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
禁煙達成の有無 等について	禁煙達成： 有 ・ 無 現 状： 禁煙継続中					
禁煙外来費用 の 総 額	〇〇,〇〇〇円 ※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	〇〇〇 銀行	支店名	〇〇〇 支店		
	種 目	普通		当 座		
	口座名義	フリガナ	ケンポ タロウ			
		被保険者氏名	健保 太郎			
口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	
申請確認欄 ※✓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