

禁煙外来治療費補助申請書

年 月 日

大王製紙健康保険組合 殿

事業所名
部署名
健康保険証番号 ー
被保険者名
連絡先

禁煙外来を実施したので、補助金を下記の通り申請します。

受診者名	
振込先	(フリガナ) ※任意継続者のみ記入 口座名義人 () (フリガナ) (フリガナ) 銀行 店 口座番号(普通) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
※任意継続者以外は 事業所経由で 還付される為 記入不要	
受診期間	年 月 日～ 年 月 日
受診医療機関	
支払った費用	円

※禁煙外来治療費補助申請に必要なもの

禁煙外来治療費補助申請書、禁煙外来にて料金支払いした領収書と診療明細書(写しでも可)の3点

補助決定額 (¥)	担当
---------------	----