禁煙外来治療費の補助申請書

（別紙2）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提　出　日 | | | 年　　　月　　　日　受診後30日以内に提出してください。 | | | | | | | | |
| ①被保険者情報 | 健康保険  被保険者証 | 記　号 | | 番　号 | | 事業所名 | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
| 氏名・印 | （フリガナ） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | ㊞ | | ※自署の場合は  捺印不要 | |
| 部署名 |  | | | | | | | | | |
| 受診者情報 | 受診者氏名 |  | | | 続柄 | |  | | 年齢 | |  |
| 携帯番号 | ※平日の日中に  連絡がつく番号 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ②受診情報 | 検査項目 | 支払総額 | 受診期間 | 医療機関名 |
| 禁煙外来 | 円 | 初回診療日　　　　年　　月　　日  最終診療日　　　　年　　月　　日 |  |

**【補助金の支給】**

原則１５日までに受付けしたものは翌月の20日に事業所へ振り込みます。

　その後、事業所が被保険者の口座へ振り込みます。

**【禁煙外来治療費の補助申請に必要なもの】**

**✓**提出前にご確認ください

|  |  |
| --- | --- |
| 【健保組合使用欄】　補助金支給決定額 | 担当 |
| \ |  |

□禁煙外来治療費の補助申請書

□領収書(写しでも可、調剤薬局の領収書も含む)

□診療明細書、調剤明細書(写しでも可)

※オンライン禁煙外来の場合、明細書は不要