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 |
| \　　　　 |  |

《医療機関の禁煙外来を受診した場合》

□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を受診した場合》

□禁煙外来治療費の補助申請書

□決済完了通知(メール画面の印刷またはメールの転送で提出ください。)

□終了証明書(8週間の禁煙治療が終わり、卒煙確認が出来次第、発行されます。)