禁煙外来治療費の補助申請書

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			
② 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

《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。)

【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	