

## 禁煙外来治療費の補助申請書

提出日	年 月 日	最終診療後 1 ヶ月以内に提出			
① 被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合はマイナポータルで要確認ください	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名	(フリガナ)			
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			

③ 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)

【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	

【提出先】 大王製紙健康保険組合 健康管理課 ara012@daiogroup.com  
〒799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日 2-12-45