**禁煙治療費補助金支給申請書**

下記のとおり禁煙治療費補助金を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | | 記号 |  | 申請者の  氏名と印 | |  | | | 印 | |
| 番号 |  |
| 被保険者  との続柄 | |  | | ご連絡先  電話番号 | |  | | | | |
| 禁煙外来を  受けた期間 | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | ～ | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 補助金申請額  (上限28,000円) | | | |  | | | | | | 円 |
| 振込先 | 銀行 | | | 口座番号 | 普通　・当座 | | |  | | |
| 支店 | | | 口座名義 |  | | | | | |
| ※こちらに領収書(原本)をセロハンテープで貼ってください | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|  |  |  |

[健保記入欄]

支給額：　　　　　　　　円