**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 | | |  | | |
| 番号 |  |
| 被保険者  との続柄 | | |  | | ご連絡先  電話番号 | | |  | | |
| 振込先 | 銀行 | | | | 口座番号 | | 普通　・当座 | |  | |
| 支店 | | | | 口座名義 | |  | | | |
| 治療回 | | 治療・院外処方 年月日 | | | | 自己負担額(領収書金額) | | | | ※健保記入欄 |
| 第1回 | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 第2回 | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 第3回 | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 第4回 | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 第5回 | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | |  |
| 合計 | | | | | | 円 | | | |  |

※補助金額は保険診療:全額負担、自由診療:上限28,000円です。

※申請書の太枠内を記入し、治療費・処方薬代の通院回数分全ての「領収書」と「診療明細書」の原本を添付してください。返却は致しません。領収書がない治療費および処方薬代については、補助金を支給いたしません。

※自己負担額に禁煙外来以外の治療費が含まれている場合はその額を除いて支給いたします。

※本申請書の個人情報については、禁煙治療費補助金申請以外の目的に使用することは一切ございません。

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

[健保記入欄]

支給額：　　　　　　　　円