

禁煙証明

禁煙開始から、現在までの4ヶ月間

(フルネーム)

さんの

禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日 年 月 日

続柄() 続柄()

印

印

※禁煙完了証明は2名の方【職場の上司・同僚・会社の医療職・家族(18歳以上)日ごろ生活を共にされている方であれば可】の署名が必要となります。

* 申請書に個人情報が含まれる為、禁煙証明の署名をもらってからご記入ください。

被保険者

禁煙補助剤補助金支給申請書

被扶養者

| | | | | | |
|--|-----------------------------|----|--------------|------------------|-------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者 の氏名印 | (自署の場合は押印省略可) | 印 |
| 被保険者住所 | 〒 - (電話) - - | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | |
| 禁煙者名 | | 続柄 | | 生年月日 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 禁煙開始年月日 | 令和 年 月 日より (事前に「禁煙宣言」が必要です) | | | | |
| 私、 は、禁煙開始から現在までの4ヶ月間、禁煙が継続して いますので、以上の通り補助金を申請します。 令和 年 月 日 | | | | | |

【申請上の注意】

※申請書提出の前に、味の素健康保険組合のホームページから「禁煙宣言」を行っていること。

【添付書類】

※ニコチンパッチやニコチンガムといった禁煙補助剤を購入したと分かるレシート、領収書

(但し 禁煙補助剤代と記入)等

(申請時の領収書等は返却できませんので、セルフメディケーション税制の適用を受ける場合等で原本が必要な方はコピーを添付してください)

受付日付印