

禁煙支援補助金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

|                            |                |                                                           |                          |              |                                                                                                          |                                                                                                   |
|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者証<br>(左づめ) | 記号<br>[ ][ ][ ][ ]                                        | 番号<br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 枝番<br>[ ][ ] | 生年月日<br><input type="checkbox"/> 昭和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]<br><input type="checkbox"/> 平成 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] | 性別<br><input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女                                    |
|                            | フリガナ           |                                                           |                          |              |                                                                                                          | 連絡先<br><input type="checkbox"/> 自宅 [ ] ( [ ] ) [ ]<br><input type="checkbox"/> 携帯 [ ] ( [ ] ) [ ] |
|                            | 氏名             |                                                           |                          |              |                                                                                                          |                                                                                                   |
|                            | 住所             | 〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]<br>[ ] 都道府県 [ ] 市区町村 [ ] |                          |              |                                                                                                          |                                                                                                   |

|             |               |                             |  |  |  |                      |
|-------------|---------------|-----------------------------|--|--|--|----------------------|
| 委<br>任<br>状 | 被保険者<br>(申請者) | 本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。 |  |  |  |                      |
|             |               | 氏名                          |  |  |  | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 |

▲給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する  
場合)は、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

|                                           |     |                      |
|-------------------------------------------|-----|----------------------|
| 健<br>康<br>保<br>険<br>組<br>合<br>使<br>用<br>欄 | 受付日 | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 |
|                                           | 決定日 | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 |
|                                           | 支払日 | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 |
|                                           | 決定額 | [ ] 円                |

|        |       |
|--------|-------|
| 事業所受付印 | 組合受付印 |
| [ ]    | [ ]   |

被保険者氏名

## 禁煙治療の内容

|                                                                    |                                                                                                                     |         |  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 治療の種類                                                              | <input type="checkbox"/> 1. 禁煙外来(保険診療)<br><input type="checkbox"/> 2. 禁煙外来(保険外診療)<br><input type="checkbox"/> 3. 遠隔 | 受診医療機関名 |  |
| 禁煙治療の期間                                                            | 自. 令和 年 月 日 至. 令和 年 月 日                                                                                             |         |  |
| 被保険者の自己負担額合計<br>※禁煙治療に要した費用の領収書(写し)を添付<br>してください(保険診療による治療の場合を除く)。 | 円                                                                                                                   |         |  |

## 医療機関の証明

\_\_\_\_ 様が、

いずれかに☑  
してください。

☐ 禁煙治療のための所定のプログラムを終了されたことを証明します。

☐ 禁煙治療のための所定のプログラム期間の途中で禁煙が成功し、残りのプログラムの受診が必要なくなったことを証明します。

プログラム終了日(※) 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

担当医

※プログラム期間の途中で禁煙が成功し、担当医が残りのプログラムの受診の必要がないと判断した場合においては、「本来予定されていたプログラム終了日」を記入してください。

## 支援者の証明

禁煙治療のための所定のプログラムの終了(予定)日(※)から、3ヶ月間、\_\_\_\_ さんの  
禁煙が継続し、卒煙したことを証明します。

令和 年 月 日

支援者

本人との関係

※「プログラムの終了(予定)日」は、担当医証明欄の「禁煙プログラム終了日」の記載日となります。

禁煙治療に要した費用に係る領収書(原本)を添付してください(保険診療による治療の場合を除く)。