

常務理事	事務長	部長	課長	担当

禁煙治療費用補助金支給申請書

鴻池健康保険組合 御中

下記のとおり禁煙治療費用補助金を申請します。

				提出日：令和 年 月 日			
申請者	(氏名)						
被保険者証	(記号) (番号)						
事業所名称							
診療回	診療年月日			自己負担額 (領収書金額)		健保組合使用欄	
第1回	令和 年 月 日			円			
	令和 年 月 日			円			
第2回	令和 年 月 日			円			
	令和 年 月 日			円			
第3回	令和 年 月 日			円			
	令和 年 月 日			円			
第4回	令和 年 月 日			円			
	令和 年 月 日			円			
第5回	令和 年 月 日			円			
	令和 年 月 日			円			
合 計				円		<支給決定額> (1,000円未満切り捨て)	
						円	

- 補助金額は、保険診療もしくは自由診療で受診した禁煙外来治療費の自己負担額です。
(上限は2万円とし、千円未満の端数があるときは切捨て)
- 治療費・処方薬代の通院回数分すべての領収書と診療明細書の原本を添付して下さい。
返却はいたしません。なお、領収書の添付が無い場合は、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します。
- 本申請書の個人情報は、当健保組合の保健事業の目的以外には使用いたしません。