

支給決定日	支給決定額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

* 右欄は健康保険組合の使用欄

禁煙補助薬購入代補助申請書

●対象となる方

薬局で禁煙補助薬（医薬品に限る）を購入し最低2ヶ月間禁煙に成功した方（被保険者本人）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		氏名	
	事業会社名		所属（部署、支店名等）	
	禁煙開始日		申請金額（上限10,000円）	
	年 月 日			
	領収書貼付欄		* 購入した禁煙補助薬の名前が分かる領収書を貼ってください。（複数枚可）	
		(例) 領収書 〇〇〇〇〇様 〇〇〇〇円 但し、ニコ〇〇〇代として △年△月△日		
禁煙継続宣言 (ご本人)		私は禁煙に成功しました。(最低2ヶ月間)	サイン	
禁煙サポーター (ご家族または職場の方)		私は禁煙を見守りました。(最低2ヶ月間)	サイン	