

健 保 決 裁 欄	常務理事	検	担当者

申請前に必ず裏面の補助金
支給要件をご確認ください

禁煙外来治療費補助金__支給申請書

サンヨー連合健康保険組合 理事長殿

健康保険 記号・番号	—		事業所名		
申請者 (被保険者)氏名			日中連絡がとれる 電話番号	(勤務先)	
				(携 帯)	
受診医療機関名	名 称				
	所在地				
治療期間	治療開始日 (1回目)	令和 年 月 日	治療終了日 (5回目)	令和 年 月 日	
	治療終了時の状況 (どちらか ☒ してください) * 回答内容は補助金の支給に関係ありません		☐ 禁煙できた ☐ 禁煙できなかった		
治療費用 (保険適用自己負担額)	医療機関への 支払い	円		調剤薬局への 支払い	円
	※ 全受診分の領収書【原本】と領収(請求)明細書【写】を添付してください。				

禁煙外来治療 終了証明	※医療機関で発行された「禁煙外来治療終了証明書」が無い場合のみ「医師の証明」をお願いします。	
	上記の者が禁煙治療を終了したことを証明します。	
	医療機関名	
	医師名	

振 込 先 (被保険者名義の 口座に限ります)	金 融 機関名	☐ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 農 協		☐ 支 店 ☐ 出張所 店番号 ()	
	口 座 名 義	フリガナ	口座 番号	普通	右詰めでご記入ください

- 本書並びに※の添付書類は当健保組合の個人情報の利用目的に同意の上ご提出いただいたものとして取扱い、
当健保組合はこれらを利用目的以外に使用しません
- 後日、禁煙外来治療についてのアンケートを送付します。ご協力の程お願いいたします

健保 記入欄	受診回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	補助金 支給決定額	
	医科							
	調剤							
	合計							
							円	

支給申請する前に必ず下記要件をご確認ください

申請できる対象者	在職中の被保険者（申請時にサンヨー健保の資格があること）
補助の範囲	- 健康保険適用となる禁煙外来治療に要した医療費および薬剤費について1年度内(4月～翌年3月)に1回補助します - オンライン診療も可（領収書、治療終了証明書の発行が出来る場合のみ）
補助金額	・自己負担額全額(上限20,000円)
支給要件	以下の要件を全て満たす方 - 保険適用による禁煙外来治療を受診した - 令和6年10月1日以降に禁煙外来治療を終了した - 禁煙外来治療は今回が初めてまたは前回の治療から1年以上経過している - 治療を途中で中断していない - 補助金申請書提出時点でサンヨー健保の資格を有している
申請方法	本申請書に記入し、以下の書類を添付しサンヨー連合健康保険組合へ提出 【添付書類】 - 医療機関や薬局で発行される全診療分の「領収書(原本)」と「請求明細書(写)」 ※ レシート不可 ※ 領収書に必要な記載事項 ①～③の記載必須 ①受診者氏名 ②禁煙外来治療に該当するとわかるただし書き ③医療機関・薬局名および印 - 医療機関で発行された「禁煙外来治療終了証明書(写)」 ※ 「終了証明書」がない場合は本申請書に医師の証明をもらってください
申請期限	治療終了月の翌月末日まで (例) 10/20治療終了の場合、11/30までに申請書が健保に届くこと
補助金の支給方法・支給時期	申請書到着月の翌月末に指定の口座(被保険者名義)に振り込みます

< 申請書の提出先 >

〒541-0043

大阪市中央区高麗橋4丁目5番2号

高麗橋ウエストビル3階

サンヨー連合健康保険組合 保健課

TEL 06-6484-6775