

禁煙外来費用補助金申請書

禁煙外来を終了し禁煙に成功しましたので、本件について健保組合と会社(健康相談室)で情報を共有することに同意した上で、以下の通り補助金を申請いたします。

年 月 日

保険証 記号・番号	記号	番号	申請者(被保険者) 氏名		
受診した医療機関			担当医師名		
診療期間	年 月 日より		通院日数	日間	
	年 月 日まで				
禁煙外来に要した費用合計					
補助金振込先	口座名義人 (申請者と同じ)		(フリガナ)		
	銀行名		(フリガナ)		
	支店名		(フリガナ)		
	預金種目(どちらかを○で囲む)		1・普通 2・当座		
口座番号					

(※) 健保が取り扱う口座名義は被保険者名のみです。

【申請上の注意】

この用紙で禁煙外来補助金支給申請ができるのは、予め「禁煙外来エントリー書」にて禁煙外来受診の申し出をした被保険者に限ります。

【添付資料】

- ①禁煙外来受診の際の領収書すべて(原紙)
 - ②医療機関発行の「禁煙外来修了書(終了証明書・卒業証書等)」(原紙)
- 上記2点を併せて健康保険組合（藤原）まで提出してください。

【禁煙外来修了書】

医療機関から「禁煙外来修了書(終了証明書・卒業証書等)」の発行がない場合は、
下記の「禁煙外来終了証明」に医療機関名を記入、医療機関又は、担当医に証明をもらってください。

禁煙外来終了証明

患者名 様は、

禁煙外来にて3か月間のプログラムを無事終了し、禁煙に成功されたことを証明致します。

年 月 日

所在地

医療機関

名称