

## 禁煙治療費補助金支給申請書

下記のとおり禁煙治療費補助金を申請します。

記号		番号		氏名	
生年月日		年	月	日	医療機関名
治療完了日		年	月	日	
日中連絡がとれる電話番号					
治療回	治療・院外処方	年月日	領収書金額	備考	
第1回		年 月 日	円		
		年 月 日	円		
第2回		年 月 日	円		
		年 月 日	円		
第3回		年 月 日	円		
		年 月 日	円		
第4回		年 月 日	円		
		年 月 日	円		
第5回		年 月 日	円		
		年 月 日	円		

※補助金額は自己負担額（上限20,000円）となります。

※申請書を記入し、治療費・処方薬代の通院回数分すべての『領収書』と『診療報酬明細書』の原本を添付ください。（返却はいたしません。）

※『領収書』のない治療費および処方薬代については、補助の対象とはなりません。

※『領収書』に禁煙治療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いたします。

※医療機関より交付されている卒煙証書等の原本を添付ください。

本請求に基づく補助金受領を事業主に委任します。

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

**申請書提出期限：2027年4月9日（金）までに健保組合必着**

健保組合記入欄

補助金額	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者