

（ 健 保 使 用 欄 ）

常 務 理 事	事 務 局 長	事務局 次 長	課 長	係 長	係	資 格 照 合	起 案	・	・
							決 裁	・	・
決 定 額		¥ _____				摘 要			

禁 煙 外 来 補 助 金 支 給 申 請 書

診 療 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間
費 用 (合 計)	円 (税込)	
川口工業健康保険組合理事長 殿 上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。 <input type="checkbox"/> 事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。 令和 年 月 日 保険証記号 - 番号 _____ 事業所名 (勤務先名) _____ 被 保 険 者 氏 名 _____ 対 象 者 氏 名 _____ 日 中 の 連 絡 先 TEL _____ - _____		
		<input checked="" type="checkbox"/> 押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

診療回	診療年月日	自己負担額 (領収書金額)	健保使用欄	添付資料 (領収書は原本のみ)
第 1 回 (初回診療)	医科 令和 年 月 日	円		①禁煙外来の際の領収書全て ②「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるもの (発行がない場合は下記の証明) ※領収証がない診療については補助の対象外です。 (紛失含む) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto; text-align: center;">受付印</div>
	調剤 令和 年 月 日	円		
第 2 回 (2週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第 3 回 (4週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第 4 回 (8週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第 5 回 (12週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
予備	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		

対象者 ・ニコチン依存症と診断された方・健康保険適用で禁煙治療された方 ・初回及び最終の診察日に当組合の資格を有する方
 ・国内の医療機関で禁煙外来を受診し、禁煙に成功した方

補助額上限は、年度1回限り20,000円 (費用が補助額に満たない場合は実費額まで) ※100円未満切捨て

◎ 申請期限は禁煙外来修了証明書に記載された証明日より1年以内です。申請は初回から最終まですべて1度にまとめて申請してください。

◎ 保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。(任継の方は、加入手続き時の指定口座に振込)

◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することはいたしません。

(以下の欄は、医療機関から「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるものが発行されている場合は不要です)

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いたします。

令和 年 月 日

所在地
 医療機関 名 称
 医師氏名