

禁煙治療費用補助金申請書

申請日 年 月 日

禁煙外来の受診が終了しましたので、補助金の申請をいたします。

被保険者証の記号・番号	—	事業所名称	
被保険者氏名			印
受診した医療機関名		禁煙外来に要した 費用合計	円
※ 必ず給与振込にご使用されている口座番号をご記入ください			
振込希望 金融機関名	農協・銀行・信金・信組		
	本所・支所・本店・支店・出張所		
	口座番号（普通・当座・貯蓄）No. <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
	(フリガナ) 口座名義人 (被保険者名義の口座)		

【申請時に添付していただく書類】

- ① 禁煙外来受診の際の領収書すべて(原本のみ・コピー不可)
- ② 医療機関発行の「禁煙外来修了書(終了証明書等)」(原本のみ・コピー不可)

※医療機関から「禁煙外来修了書(終了証明書等)」の発行が無い場合は、下記の「禁煙外来証明書」に
担当医、あるいは医療機関の証明をお願いしてください。

※以下の証明欄は医療機関から「禁煙外来修了書(終了証明書等)」が発行された場合は証明不要です。

禁煙外来終了証明書	
患者名	様は、禁煙外来にて3ヶ月のプログラムを無事に終了し、禁煙に成功 されたことを証明いたします。
	年 月 日
	所在地
	医療機関名称
	印