

禁煙外来治療 補助金支給申請書

※保険診療で受けた治療が対象です。領収書が保険診療であることをご確認ください。

※指定期間内にエントリーシートを提出された方のみ、補助金を申請できます。

氏名				
健康保険証	記号：	番号：		
所属				
受診医療機関名				
禁煙外来治療の期間	自.	R	年	月 日
	至.	R	年	月 日
被保険者の禁煙外来治療にかかると自己負担額				
振込先 (被保険者の口座)	和歌山県農業協同組合	口座番号	フリガナ	
	支店 (普)		口座名義 (被保険者)	

◆補助金額：エントリー期間中に禁煙外来（12週間）を受診し、その後も続けて3か月間禁煙し、第三者による禁煙証明があった者に限り、禁煙外来治療自己負担額に対して1万円を補助します。

◆添付書類：①宛名が明記されている「禁煙外来治療費に要した費用」であることが確認できる領収書や診療明細書（写）

②医療機関が交付した「禁煙外来治療終了証明書」等の証明できる書類、または健保が作成した「禁煙外来治療終了証」に医師がサインしたもの

③支援者（家族・職場の同僚・上司・後輩等）の卒煙証明

<健保組合決裁欄> 常務理事    事務長    部長    課長    係					受付