

禁煙サポート事業補助金申請書

自力禁煙で1か月以上過ごすことができ、禁煙を達成しましたので下記のとおり補助金を申請いたします。

令和 年 月 日

禁煙実施者氏名	(社員番号)
事業所 所属部署名 (被保険者のみ)	
被保険者名氏名	
被保険者証記号・番号	—
禁煙コース (該当するコースにレをつけてください)	<input type="checkbox"/> 禁煙外来治療コース <input type="checkbox"/> 禁煙補助剤コース
治療(補助剤使用)期間	令和 年 月 日 より
	令和 年 月 日 まで
禁煙治療に要した費用	円
禁煙サポーター記入欄	上記申請者は、自力での禁煙を1か月以上継続していることを証明します。 令和 年 月 日 禁煙サポーター氏名

《注意事項》

- ※「禁煙サポート事業申込」時に設定した禁煙サポーターに禁煙達成確認の署名捺印を受けてください。
- ※ 申請時は、必ず領収書の原本を添付してください。(貼り付け禁止)
領収書には受診者名(購入者名) 受診日(購入日) 治療明細(商品名) 医療機関名(薬局名) 金額が記載してあることをご確認ください。(レシートの受付はできません)
領収書の返却を希望される方は申し出てください。
- ※この補助は同一年度内一人1回とします。
- ※補助金額は禁煙外来治療費の1/2(上限10,000円) 禁煙補助剤購入費の1/2(上限 10,000円)です。
- ※補助金は、一般被保険者(従業員)と被扶養者は給与口座、任意継続者は任意継続申請の際に記入された口座にお支払します。

《問合せ・郵送先》

カヤバ健康保険組合
〒509-0297 岐阜県可児市土田505
電話 0574-26-8732 内線7-25-2980・2981・2982・2983
FAX 0574-26-1569



※健康保険組合記入欄

支給決議書	伺 令和				常務理事	事務長	係
	金額	¥.					
	資格	得	昭・平・令	年 月 日			
	喪	平・令	年 月 日				