

禁煙外来補助金申請書

禁煙外来に12週間（3ヶ月間）通院し禁煙を達成しましたので、下記のとおり補助金の支給申請いたします。

事業所名		被保険者証記号・番号		被保険者氏名	
		3 _ _ _ _		⑩	
診療を受けた医療機関	名称 所在地				
診療開始年月日	令和 年 月 日	より	診療回数	回	
診療終了年月日	令和 年 月 日	まで			
禁煙外来に要した費用	円（自己負担の総額を記入）				
禁煙見届け人 （禁煙応援者） 記入欄	上記申請者は、禁煙開始日から3ヶ月間の継続禁煙を達成したことを確認しました。 令和 年 月 日 見届け人氏名 ⑩				
委任事項	本請求に基づく給付金の受領を（代理人） _____ に委任します。				
	令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩				

※ 申請上の注意事項

- 補助対象者 事前に「禁煙外来補助金申込書」に申込を行っており、禁煙外来に12週間通院（5回受診終了）し禁煙を継続されている被保険者。（任意継続者を除く）
- 補助詳細 10,000円（過去に同補助金を受給した方、および、禁煙外来通院中に被保険者の資格を喪失した場合は補助の対象外となります。）
- 添付書類 ① 禁煙外来にかかった全ての領収書（原本）と診療明細書（原本）
レシート不可のため、医療機関や薬局で領収書をお願いしてください。
別添の「証明書貼付台紙」に糊付けして提出してください。
② 5回受診終了後、医療機関にて交付された「禁煙終了（修了）証」（写）
- その他 事前に「禁煙外来補助申込書」に設定した禁煙見届け人に、禁煙達成確認の署名捺印を受けてください。



東洋水産健康保険組合

理事長	常務理事	事務長	担当者