

健康 保 険 組 合 使 用 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額	支給日
					円
	資格取得日	年		月	日
被扶養者認定日	年		月	日	

受付印

＜禁煙補助薬＞補助金支給申請書

補助金は卒煙達成後に請求できます。

健康保険者証	記号		番号	
対象者名				被保険者 との続柄
禁煙活動期間	自. 年 月 日		至. 年 月 日	
自己負担額	円 ※禁煙補助薬の領収書(レシート)原本を添付			
振込先	銀行		支店	預金種別
※被保険者の口座に限る	口座番号			口座名義 (カナ)
上記の通り申請します。 年 月 日				
被保険者の住所 _____				
被保険者の氏名 _____				
TEL _____				

- 対象者 卒煙達成時に被保険者・被扶養者であること
- 補助金 医薬品の禁煙補助薬(処方箋なし)を使用し、第三者による卒煙証明があった者に限り、禁煙補助薬自己負担金額10,000円を上限として実費を補助
- 添付書類 ①医薬品の禁煙補助薬領収書(レシート)原本
②第三者(家族・職場の上司・同僚など)からの「卒煙証明」
- 補助金支払 毎月15日までの受付分を末日払い
(振込先は被保険者名義の口座のみになります)

平和堂健康保険組合