

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

整理No. \_\_\_\_\_

# 禁煙外来補助金請求書

神鋼商事健康保険組合 御中

下記の通り請求します。

※太枠内のみ記入して下さい。

|             |                             |                                                                    |        |  |        |  |
|-------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|--|--------|--|
| 利用申込者名      |                             |                                                                    | 被保険者   |  |        |  |
| 会社名<br>所属部署 |                             |                                                                    | 記<br>号 |  | 番<br>号 |  |
|             |                             |                                                                    |        |  |        |  |
| 受診医療機関      | 名 称                         |                                                                    |        |  |        |  |
|             | 所 在 地                       | TEL (       )                                                      |        |  |        |  |
| 期間及び通院回数    | 治療期間                        | 令和    年    月    日～令和    年    月    日<br>※治療終了日のわかる「卒煙証書」等を添付してください。 |        |  |        |  |
|             | 通院回数                        | 回                                                                  |        |  |        |  |
| 禁煙外来費用の総額   | 円<br>※「領収書・診療明細書」を添付してください。 |                                                                    |        |  |        |  |
|             |                             |                                                                    | 支給決定額  |  | 円      |  |

## 【申請方法】

禁煙外来治療終了後、以下の書類を提出して下さい。

- ①「禁煙外来補助金請求書」
- ②全受診分の「領収書・診療明細書（原本）」（医療機関発行）

※他の疾病と併せて治療されている方は、禁煙外来の領収書を別に依頼して下さい。

### ～領収書に必要な記載事項～

- ・ 受診者名（フルネーム）      ・ 受診内容（禁煙外来等の但し書き）
- ・ 受診年月日                      ・ 医療機関・薬局名及び印

- ③「卒煙証書（原本）」等の治療終了日を確認できるもの（医療機関発行）

健康保険組合受付印

