

常務理事	事務長	担当
令和	年	月 日

禁煙補助金請求書

規程-39

被保険者事業所名						
保険証記号番号		被保険者氏名				
受診者氏名		続柄		生年月日		年齢

受診医療機関	名称					
	所在地					
治療期間	初回診察日 (第1回目)	令和	年	月	日	
	最終診察日 (第5回目)	令和	年	月	日	
治療費用の総額	円 ※全受診分の領収書(写)と領収(または請求)明細書(写)を添付してください。					
証明	※医療機関で発行された「終了証(写)」等を添付してください。 「終了証」等がない場合は下記へ「医師の証明」をお願いいたします。 上記の者が禁煙治療を終了したことを証明します。 医師名 _____					

- 注) * 禁煙補助の上限金額は10,000円です。
 * 対象は保険適用による禁煙外来治療を受診した方(過去1年間以内に禁煙外来治療を受診していない方)に限ります。
 * 禁煙外来費用は各自立替えの上、交付された全ての領収書及び「領収(請求)明細(写)」と治療終了の証明として医療機関で発行された「修了書(写)」を添付の上ご請求下さい。

(事業所の方) 委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____
(任意継続の方) 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____