

禁煙外来費用補助 申請書

回目

の補助を申請します。

記号【1桁】	番 号	所 属	被保険者氏名	生年月日
			印 S・H 年 月 日	

* 記号番号は、保険証上段太字記載のものです。

1)振込口座

金融機関	銀行 金庫 信組				本店 支店 出張所	
	普通					名義:被保険者本人

2)添付書類

①領収書(写) ②診療明細書(写)

3)補助の内容

- 【初回通院分請求期限】 初回通院後、1か月以内に健保必着
- 【最終請求期限】 最終通院後、1か月以内に健保必着
- 【対象通院期間】 通年開催。但し、初回通院後6か月以内に完了しない場合は、
補助の対象外となります。
- 【通 院 先】 禁煙外来実施病院【健康保険適用に限る】
- 【補 助 額】 禁煙外来分の窓口負担(3割分)最大2万円分を健保が補助します。
※その他の治療と同時受診の場合は、添付書類①②で判断します。
- 【請求から振込までの流れ】

各自予約 ⇒ 各自受診 ⇒ 健保宛(申請書+添付書類)送付 ⇒
⇒健保受付 ⇒ 15日締、28日口座振込 (暦により多少ずれます。)

以上

以下健保使用欄

様

記号番号

石塚硝子健康保険組合

令和 年 月 日支給について、

※添付①②より下記項目のみが禁煙外来該当と判断し、支給しました。

項目	点数	金額 (円)
ご不明点は直接健保迄、お問合せ下さい。	支給額	