

(別紙2)

## 「禁煙外来の一部補助金申請書」

※ 健保組合使用欄 年度 No.

|        |      |     |    |    |
|--------|------|-----|----|----|
| 決<br>裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
|        |      |     |    |    |

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 殿

今般、禁煙外来の治療を終えましたので、下記のとおり禁煙外来の補助金【10,000円】を申請します。

申請日 年 月 日

|                                     |            |            |              |                                |  |
|-------------------------------------|------------|------------|--------------|--------------------------------|--|
| 記号                                  |            | 事業所名       |              |                                |  |
| 番号                                  |            |            |              |                                |  |
| 申請者氏名                               |            |            | 区分           | 被保険者・被扶養者                      |  |
| 治療期間                                | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 添付書類<br>チェック | <input type="checkbox"/> 領収明細書 |  |
| ※<br>被保険者の<br>指定口座に<br>お振込み<br>します。 | 銀行名        | 銀行         | 支店名          | 支店                             |  |
|                                     | 種別         | 普通・当座      | 口座番号         |                                |  |
|                                     | フリガナ       |            |              |                                |  |
|                                     | ※<br>口座名義  |            |              |                                |  |

※振込口座は、被扶養者の方の口座登録ができないため、被保険者の方の指定口座をご記入ください。

- ① 太枠内を記入のうえ、申請してください。
- ② 禁煙外来5回目(終了時)の領収明細書を添付してください。

【注】・対象は被保険者及び被扶養者となります。(禁煙外来5回目(終了時)に資格のある方)  
・補助金の交付は、健保組合でこの申請を受理したのち、レセプト上で禁煙外来5回目を確認するため、約3ヵ月後の交付となる予定です。ご了承ください。  
・虚偽の申告をされた場合は、補助金を返納して頂く場合もありますので、ご注意ください。

提出先 〒422-8074  
静岡市駿河区南八幡町22番8号  
静岡県自動車販売健康保険組合