(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 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 チェック	☐ 領収明細書	
※ 被保険者の 指定口座に お振込み 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				
	※ 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。