

支給決定伺	常務理事	事務長			伺年月日	令和	年	月	日
					支給額				

### 禁煙外来補助金支給申請書

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日申請

下記のとおり申請します。

被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名			
記号	番号				
受診者氏名				続柄	
医療機関名			調剤薬局名		
受診期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	自己負担額	¥	
結果判定 (治療終了 1か月後)	上記の方は、令和 年 月 日時点で禁煙を（ 達成 ・ 失敗 ）したことを証明します。 ※ 激励人氏名（自署） _____ 関係： 家族 ・ 上司 ・ 同僚 ・ 他 ※ エントリーの際の激励人と異なっても問題ありません				

本申請書に基づく補助金の受領を _____ に委任します。
令和 年 月 日 被保険者氏名

【添付書類】

- ・ 禁煙外来受診時の領収書及び明細書（ニコチン依存症管理料等が記載されているもの）  
通院回数分すべてのものが必要です  
原本またはコピー可
- ・ 禁煙補助薬費用の領収書及び明細書（院外処方の場合）  
通院回数分すべてのものが必要です  
原本またはコピー可

【注意事項】

- ・ 申請は年度内1回限りです
- ・ 15,000円を限度として、その実費相当額を補助します
- ・ 自己負担額に禁煙外来以外の治療費が含まれている場合は、その額を除いて支給いたします
- ・ 自由診療は補助対象外です
- ・ 結果が禁煙成功・失敗の如何および治療の終了・中止にかかわらず補助します
- ・ 禁煙達成者には卒煙証書を贈呈します
- ・ 当組合で診療報酬明細書（レセプト）にて内容確認をするため、補助金の支給は受診終了後2～3か月後になります

受付日付印

