

同年月日	令和	年	月	日	支給額				
資格	取得	年	月	日					
	喪失	年	月	日					

常務理事	事務長	担当者

## 禁煙外来費用補助金申請書

静岡県自動車整備健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり、禁煙外来費用補助金を申請します。

健康保険 被保険者証の	記号		番号		事業所名	
被保険者氏名				被保険者住所	〒	
					電話	
治療した医療機関	名称			所在地	〒	
診療期間(3ヶ月)		診療年月日			支払金額	
初回診療日		年 月 日			円	
2回目診療日(2週間後)		年 月 日			円	
3回目診療日(4週間後)		年 月 日			円	
4回目診療日(8週間後)		年 月 日			円	
5回目診療日(12週間後)		年 月 日			円	
合計支払額					円	

事業主の証明欄	※ 下記 2-③ 医療機関発行の禁煙外来修了証がない場合は事業主の証明が必要になります。
	上記のとおり禁煙外来の治療を終了したことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主の氏名

受領委任の欄	(注)この欄は、この給付金の受け取りを被保険者以外の者に委任するときだけ記入して下さい。
	本請求に基づく給付金の受領を 住所 氏名 被保険者氏名(委任者) に委任します。

受付日付印

振込依頼欄	振込希望 金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店
	預金の種別	普通・当座	
	口座番号		
	預金の名義人の氏名	フリガナ	

- この申請書は禁煙外来による禁煙治療終了後に提出して下さい。
- この申請書には禁煙治療費であることが明記された ① 医療機関の領収書 ② 調剤薬局発行の領収書 及び ③ 医療機関発行の禁煙外来修了証 の写しを添付して下さい。