

禁煙外来費用補助金申請書

1. 禁煙外来終了後のみの申請
2. 禁煙外来終了後、3ヶ月の禁煙継続達成後の申請 (1. 2. いずれかに○)

健康保険証の	記号		被保険者		
	番号		氏名		
事業所の名称 及び所属	事業所		連絡先		
	所属		電話番号		
受診医療機関					
禁煙外来 受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
禁煙外来終了後 の禁煙継続期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (3ヶ月間)				
自己負担額	円		[健康保険組合記入] 支給額	円	
振込先金融機関	金融機関名	支店名	種目	口座No.	名義(カタカナ)
			普通 当座		

【添付書類】 医療機関・調剤薬局の領収(明細)書コピー

通院回数が5回に満たない場合は、主治医による禁煙治療終了を証明する書類

【申請期限】 禁煙外来終了又は禁煙継続達成期間終了後2ヶ月以内

【支給時期】 毎月10日締め、月末支払

【申請にあたっての注意事項】

- ①禁煙継続達成後の申請の場合は、次ページの禁煙継続達成証明も提出してください。
- ②添付書類不備の場合は、返却します。

【申請書提出先及び問い合わせ先】

カネカ健康保険組合[株式会社カネカ 大阪本社内]

〒530-8288 大阪市北区中之島2丁目3番18号 Tel.06-6226-5034

【個人情報の取扱いについて】

ご提出いただきました「禁煙外来費用補助金申請書」は、補助金支給決定及び事業運営管理に使用いたします。

申請者の同意がない場合には、他の目的には使用しません。

禁煙外来費用補助金申請書

禁煙継続達成証明

被保険者記入後、事業所看護職又は禁煙サポーター2名の証明を受けてください。

禁煙治療開始から 禁煙継続達成期間 (6ヶ月間)	年 月 日 ~ 年 月 日
--------------------------------	---------------

上記期間の禁煙継続を達成しました。

年 月 日

被保険者署名 _____

上記期間における禁煙継続達成を確認しました。

看護職確認欄	署名 _____
禁煙サポーター 確認欄	署名 _____ [被保険者との関係] 家族 上司・同僚 その他
	署名 _____ [被保険者との関係] 家族 上司・同僚 その他