

禁煙治療奨励金申請書

申請日： 年 月 日

申請者	被保険者証（記号・番号） -	従業員番号	連絡先
	会社名・所属部署		申請者名
治療開始年月日 年 月 日		治療終了年月日 年 月 日	
医療機関名		治療に要した金額（領収書総額） 円	
在職者	（委任状）私はこの奨励金の受領を事業主に委任します。 給与での給付手続きを行うために必要です。 必ず氏名を自署にて記入ください。		氏名（自署）
退職者	* 申請日に被保険者の資格を有していない方は申請できません。		
	振込口座 銀行 支店	口座番号 （普）	名義人（カナ）

【領収書貼付】

初診から 12 週、5 回分の領収書を＜裏面＞に貼付してください。

【注意】

以下に該当する方は申請できません。

保険診療の方（領収書に「負担割合 3 割」と記載されている方）

ご自身の意思で禁煙治療を中止した方

領収書を 5 回分添付できない方

< 健保受付印 >

健保記入欄	支給年度		常務理事	事務長	担当
	支給決定額	円			