

禁煙補助薬購入補助金申請書

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
購入機関（薬局）		購入日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	
購入した金額（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）
以下の項目について、該当する場合はチェックしてください。 ☐ 禁忌の扱いがある禁煙補助薬の購入時に医師や薬剤師と相談しましたか。 ☐ 不適切な転売など法令・ルール・コンプライアンスに違反していませんか。			

【領収書貼付】

※＜裏面＞に貼付してください。返却いたしません。

※4月～翌3月の期間に1回だけ申請ができます。

<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			