

【個人申請】

大陽日酸健康保険組合 行

常務理事	事務長	係
参加申込書 受付日・NO		
支給決定額		

禁煙外来補助金申請書

- ・下記のとおり補助金の申請を行います。
- ・本申請に基づく給付金(補助金)の受領を下記被委任者に委任します。

			年 月 日	
被保険者記号 - 番号	フリガナ		事業所名	
-	被保険者 氏名			
禁煙治療対象者	フリガナ		生年月日(西暦)	年齢
1. 被保険者 2. 被扶養者	対象者 氏名		年 月 日	

治療の内容について				
医療 機関	名称			
	所在地			
初回診察日	年 月 日	最終診察日	年 月 日	
自己負担治療費総額		円		

* 太線枠内をご記入ください。

被 委 任 者	本申請に基づく給付金の受領を受任し、適正なる支給を行います。			
	年 月 日			
	事業所名及び 事業主名			

【補助上限額】 20,000円

【申請に際しての注意事項】

- ① 補助の対象は、事前に禁煙チャレンジに参加申込みした方となります。また、本申請時点で、大陽日酸健保組合に加入していることが条件となります。
- ② 禁煙外来(健康保険適用外も含む)を受診し、禁煙治療を終了した方のみ補助の対象となります。
- ③ 個人で購入したニコチンパッチ、ニコチンガムなどは補助の対象となりません。

【補助金の請求方法】

- ① 添付書類:領収書(原本)(受診者氏名、受診日付、受診内容(禁煙外来等)必ず記載されているもの。レシートは認められません。医療機関で交付された卒煙証明書等の写し
- ② 提出先:会社の健康保険組合担当者に提出してください。
但し、任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ送付してください。
大陽日酸健康保険組合 〒142-0062 東京都品川区小山1-3-26