

禁煙外来補助金申請書

提出先:K 健保 鬼頭

禁煙外来を終了し禁煙に成功しましたので、本件について健保組合と会社(健康管理室)で情報を共有することに同意した上で、以下のとおり補助金を申請します。

年 月 日

保険証 記号・番号	記号	番号	被保険者 (社員本人) 氏名		職番	
事業所 名称 (該当に○)	CKD CKD健保	CKD-X CKD基金	部署		内線 または 短縮番号	
禁煙外来 受診者	氏名		被保険者(社員本人) との続柄(該当に○)		本人・妻	
受診した 医療機関	名称		電話番号	担当医 氏名		
診療期間	年 月 日 より		通院 日数	日	禁煙外来に 要した費用合計	円
	年 月 日 まで					

【申請上の注意】

- ①この用紙で禁煙外来補助金支給申請ができるのは、あらかじめ「禁煙外来エントリー書」にて禁煙外来受診の申出をした被保険者(社員本人)、被扶養配偶者(CKD健保組合に加入の配偶者)に限ります。
- ②この申請書は、申請者1名につき1枚提出ください。

【添付資料】

- ①禁煙外来受診の際の領収書すべて(原則、原紙。コピーも可。)
 - ②医療機関発行の「禁煙外来修了書(終了証明書・卒業証書等)」(原紙。後日返却します。)
- ※医療機関から「禁煙外来修了書(終了証明書・卒業証書等)」の発行がない場合は、下記の「禁煙外来終了証明」に医療機関名を記入、医療機関または、担当医あるいは窓口スタッフで証明してもらってください。

(※以下の欄は、医療機関から「禁煙外来修了証(終了証明書・卒業証書等)」が発行された場合は証明不要です。)

禁煙外来終了証明

患者名 _____ 様は、禁煙外来にて3カ月間のプログラムを無事終了し、禁煙に成功されたことを証明いたします。

年 月 日

所在地
医療機関
名称 _____

費用 合計	円	補助金 支給額	円
----------	---	------------	---