

グループリーダー	担当者
支給決定額	円

安田日本興亜健康保険組合
 保健事業G【補助金支給申請書】担当
 提出先社内便物流コード：Z19652

禁煙治療費補助金支給申請書

※本申請の対象医療機関は、**保険診療**で禁煙治療ができる医療機関のみとなります。

保険証	記号		番号	
フリガナ				
申請者名	被保険者（任意継続者を除く）			
生年月日	昭・平	年	月	日生
			禁煙宣言日	年 月 日
利用医療機関名				

補助金申請の注意事項

1. 必要添付書類

領収明細書（原本）回数分全て ※コピーは不可。

2. 補助金

- ① 禁煙治療費（保険診療：内服薬）の補助…自己負担金（限度額：2万円）を健保で半額負担。
- ② 禁煙治療費（保険診療：禁煙パッチ）の補助…自己負担金（限度額：1万円）を健保で半額負担。

3. 支給回数

補助金についての支給回数は、各1回を限度とする。

4. 支給方法

当組合の規程に則り、補助金は、事業主経由で支給いたします。

5. 申請条件

各年度4月1日～翌3月31日の間に禁煙を開始

6. その他

自力禁煙コース（禁煙達成者報奨品支給申請）の重複申請は、認められません。