

常務理事	局長	役 席	担 当
支給決定額			

年 月 日

安田日本興亜健康保険組合 御中

禁煙治療費補助金支給申請書

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

項目	事 項		
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			

【確認欄】上記申請者は、禁煙治療終了後、1か月間継続的に禁煙したことを承認する。			
禁煙	会社名		
確認者	役職名	氏名	⑩

※禁煙確認者は、直属上司または健康管理担当者に限ります。

補助金申請の注意事項

- 本申請書に添付するもの
領収明細書(原本)回数分全て ※コピーは不可。
- 補助金
 - 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。
 - 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。
- 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。
(喫煙を再開し、その後禁煙した場合の補助はいたしません。)
- 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。
- 申請条件
**2018年4月1日～2019年3月31日の間に禁煙を開始
(申請期限:2019年12月末日まで)**
- 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。