

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

【2021年度】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。

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
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

**2021年4月1日～2022年3月31日の間に禁煙を開始
(申請期限:2022年12月末日まで)**

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。