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。

	被保険者記号		被保険者番号	
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～翌年3月31日の間に禁煙を開始

6．申請期限

翌年12月末日まで