

※【健保記入欄】					
被保険者数					名
被扶養者数					名
補助金合計					円
支払年月日	年		月		日

サクサ健康保険組合				
常務理事	事務長	係員	係員	担当

禁煙治療費補助金申請書

下記のとおり禁煙治療費補助金を申請します

申請年月日： 年 月 日

被保険者	記号	番号	氏名				印
治療者氏名	続柄	医・薬	治療回数	治療年月日	自己負担額	計	
		医療機関	1回目	年 月 日	円	円	
			2回目	年 月 日	円		
			3回目	年 月 日	円		
			4回目	年 月 日	円		
			5回目	年 月 日	円		
		薬局	1回目	年 月 日	円	円	
			2回目	年 月 日	円		
			3回目	年 月 日	円		
			4回目	年 月 日	円		
			5回目	年 月 日	円		
【禁煙外来治療結果】 該当するものを○で囲んでください。					合計	円	
1. 禁煙成功 2. 禁煙失敗 → (本数は減った・変わらない)					補助金額	円	

申請方法

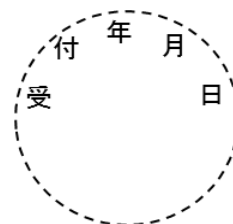
- 申請年月日および太枠内にご記入のうえ、「領収書原本」を添付し、ご提出ください。
- 1人につき1申請書で申請してください。

社会保険事務
担当者 印

《最終申請書提出期限》

2月第2金曜日 健保必着

※上記期限を過ぎると、当年度中に補助金の支給が受けられませんのでご注意ください。



《提出先》

所属会社の社会保険事務担当者

※業務支援者は業務支援元へ提出してください
 ※任意継続被保険者の方は健保へ送付ください