

禁煙治療費補助金申請書 兼 卒煙証明書

申請日 年 月 日

提出先：本人 → 各事業所 総務 行

健康保険証	記号：	番号：
事業所名		
氏名コード		
氏名		印

外来治療日	医療機関名	料金
1回目 /		円
2回目 /		円
3回目 /		円
4回目 /		円
5回目 /		円
※最終治療日の領収書を裏面に添付して下さい(コピー可)		自己負担合計 円

禁煙完了証明

禁煙外来治療終了から、現在までの3ヶ月間 _____ さんの
禁煙が継続していることを証明いたします。

年 月 日

続柄 () 印

続柄 () 印

※禁煙完了証明は2名の署名が必要となります。
(職場の同僚・上司等、日頃同一環境を共に過ごされている方であれば可)

- 【補助対象者】禁煙外来の保険診療適用条件を満たすとともに、禁煙外来治療終了から3ヶ月以上経過(卒煙)した在職中の被保険者
- 【補助金額】一人当たり健保補助5,000円を上限とする
- 【添付書類】医療機関が発行した**最終治療日の領収書を申請書の裏面に添付(コピー可)**
- 【支給について】補助金は事業所より支給
- 【不支給について】5回の治療が完了する前に中止した場合、健保資格を喪失した場合は不支給
最終治療日から6ヵ月以内に申請書の提出がなかった場合は不支給