

# 禁煙治療費補助金申請書 兼 卒煙証明書

申請日 20△△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	鈴与健康保険組合	
氏名コード	××××××	
氏名	鈴木 太郎	印

外来治療日	医療機関名	料金
1回目 6/23	△△△△病院	3000円
2回目 7/7		3000円
3回目 7/21		3000円
4回目 8/18		3000円
5回目 9/15		3000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 15000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 鈴木 太郎 さんの禁煙が継続していることを証明いたします。

20△△年 12月 20日

鈴木 一郎 印  
続柄 ( 職場上司 )

鈴木 花子 印  
続柄 ( 職場同僚 )

※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