

受付年月日	年 月 日	資格取得	年 月 日	支 給 支 払 決 議 書		
同年月日	年 月 日	資格喪失	年 月 日	常務理事	事務長	係
決済年月日	年 月 日	不承認				
支給額		支払年月日	年 月 日			
				事 業 所 受 付 印		

被保険者 禁煙外来補助申請書

年 月 日 提出

被保険者	記号		氏 名 (自署)			
	番号					
事 業 所		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	年齢		
住 所	電話番号					
受診者氏名		受診者生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女	
受診医療機関		医療機関住所		保険適用		
				適用		
禁煙外来 終了確認欄	上記の方が、禁煙外来に通院し、禁煙を達成したことを証明します。 年 月 日 医師名 (自署)					

振込希望の銀行	銀行名	銀行		
	支店名	支店・支所		
	預金種目	普通 当座	口座番号	
	口座名義	カタカナ 漢 字		

※ 申請上の注意事項

1. 補助対象者

保険適用禁煙外来に通院し、医師の指示に基づく治療を終了され、終了時に被保険者の方
2. 補助金及び補助回数

保険適用禁煙外来窓口での自己負担金（3割）の上限25,000円まで。
4月～翌3月末 1回／1年
3. 添付書類

禁煙治療に係った全ての領収証（原本）と診療内訳明細書（原本） 通院5回分
「禁煙宣言書」写し、
4. その他

所定の禁煙外来保険診療を終了できなかった場合は補助対象外となります。
医師の指導なく自己判断で購入した禁煙補助剤等は本補助金の対象外となります。

平成27年4月6日制定

データヘルス計画（コラボヘルス）