

常務理事	事務長	担当者

支給決定額	円
-------	---

## 禁煙外来補助金支給申請書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
禁煙の種類	1. 禁煙外来治療 <span style="font-size: 2em;">(</span> 保険診療で受けた治療が補助対象です 領収書が『保険診療』であることをご確認ください <span style="font-size: 2em;">)</span>			
受診医療機関名 (病院名)				
禁煙活動の期間	自. 平・令 年 月 日 至. 平・令 年 月 日			
被保険者の自己負担額	円			
上記の通り申請し、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。				
京阪グループ健康保険組合理事長 殿				
令和 年 月 日				
被保険者 住 所				
氏 名				

<p>●添付書類</p> <p>宛名が明記されている「禁煙治療に要した費用」の領収書(コピー可)</p> <p>(初診から最終回までの分を全部ご用意ください)</p> <p>●支払方法</p> <p>各事業所経由で支払います。</p>
---