

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	00	被保険者氏名	健保 太郎
	番号	000000		
禁煙の種類	1. 禁煙外来治療 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px;">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>			
受診医療機関名 (病院名)	△△△△病院			
禁煙活動の期間	自. 平・令 00年 00月 00日			
	至. 平・令 00年 00月 00日			
被保険者の自己負担額			00,000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 00年 00月 00日				
被保険者 住所 〇〇市〇〇町1丁目1-1				
氏名 健保 太郎				

### ●添付書類

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)

(初診から最終回までの分を全部ご用意ください)

### ●支払方法

各事業所経由で支払います。