

※健保組合記入欄

事務長	課長	担当者	支給決定年月日	コード	支給決定金額
				210	

禁煙治療費補助金申請書（禁煙チャレンジ）

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日提出

禁煙外来治療に12週間（3ヶ月間）通院し禁煙を達成しましたので、下記のとおり補助金を申請いたします。

事業所名		被保険者等記号・番号		被保険者氏名	
○○○○株式会社		1 2 3 — 4 5 6 7 8		健保 太郎	
診療を受けた 医療機関	名称 所在地	医療法人○○会 ○○病院 ○○県○○市○○○○○○			
診療開始年月日	令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 より	診療回数	5 回		
診療終了年月日	令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 まで				
禁煙治療に要した費用	○○, ○○○ 円（自己負担の総額を記入）				
禁煙見届け人 （禁煙応援者） 記入欄	上記申請者は、禁煙開始日から3ヶ月間の継続禁煙を達成したことを確認しました。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 見届け人氏名 保健 三郎				
委任事項	この補助金の受領を一括受領責任者(氏名) ○○ △△ に委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 被保険者氏名 健保 太郎				

※ 申請上の注意事項

1. 補助対象者 事前に「禁煙チャレンジ」の申込を行（5回受診終了）し、継続禁煙を達成された任意継続者を除く被保険者。
2. 補助額及び補助回数 禁煙治療プログラム（原則12週間）に要した窓口での自己負担額の7割相当額を補助します。
4月～翌年3月末の年度内に1人1回限りとします。
3. 添付書類 禁煙治療にかかった全ての領収書（原本）と診療明細書（原本）
レシートは不可のため、医療機関や薬局で必ず領収書をもらってください。
4. その他 ① 禁煙治療プログラムを自己都合により途中でやめた場合、又は禁煙治療を全5回受診終了したが、禁煙達成できなかった場合は、補助対象外となります。
② 禁煙見届け人に禁煙が達成した旨の報告を行ったうえで、申請書内の記入欄に必ず署名を受けてください。

一括受領責任者氏名は、空欄のまま事業所へご提出ください。