

禁煙達成報告書 兼 禁煙補助金交付申請書

禁煙を達成したことを、以下のとおり報告するとともに補助金交付を申請いたします。

1. 禁煙達成者（補助金交付申請者）

所属室部課店名（内線）	()			
被保険者の記号・番号	記号	70	番号	
氏名				

2. 禁煙確認者（所属長）及び確認日

※禁煙達成者が所属長で他に管理職が在籍していない場合のみ次席者の確認で可とする。

●禁煙治療終了後、約3ヶ月に渡り禁煙を継続し卒煙したことを確認しました。	
禁煙確認者氏名	
確認日	年 月 日

3. 禁煙方法（いずれかに「○」印のうえ、内容を記入してください）

<input type="checkbox"/>	禁煙外来	医療機関名： (受診回数 回)
<input type="checkbox"/>	禁煙補助剤	補助剤名：
治療に要した期間	約 週間	年 月 日 ~ 年 月 日

4. 補助金交付申請内容

振込口座情報	店名		店番			
	科目	普通	口座番号			
	カナ氏名					
自己負担額	治療に要した金額（領収書合計額）				円	
補助金交付申請額	自己負担額か15,000円のいずれか少ない金額				円	

※領収書（若しくはレシート）は、原本を裏面に貼付してください！

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当

NO	
----	--

受付印