

禁煙外来治療費補助金申請書

愛知県信用金庫健康保険組合 御中

禁煙外来治療に通院し、禁煙治療プログラム(5回の治療)を終了しましたので、下記により補助金を申請いたします。

| 事業所名 | | 保険証記号・番号 | 被保険者氏名 |
|---------------|-----|--------------------------|--------|
| | | — | |
| | | 被扶養者が治療を受けた場合は 被扶養者氏名 | |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |
| 診療開始年月日 | | 年 | 月 日より |
| 診療終了年月日 | | 年 | 月 日まで |
| 禁煙治療に要した自己負担金 | | 円 | |
| ※補助金額 | | 円 (組合使用欄) | |

1. 対象者 禁煙外来治療をおこなった被保険者および被扶養者で、プログラムのすべてを終了した方
2. 補助金額 禁煙外来治療に要した自己負担金の内、5,000円を上限とした実費
3. 補助回数 1回限り
4. 添付書類 ①禁煙治療に要したすべての領収書(原本)
5. 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は補助対象外となります。
②補助金はレセプト(診療報酬明細書)を確認してからお支払いしますので、3カ月程お時間をいただきます。