

禁煙外来利用補助金請求書

被保険者証の 記号番号	記号	番号	番号	番号	番号	番号	番号	被保険者 氏名	フリガナ
所 属 名								被保険者 氏 名	
住 所		〒 _____ TEL _____							
受診者氏名				続 柄		年 齢		自己負担金	
								円	
医療機関名				治 療 期 間					
				年 月 日～ 年 月 日					
この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、補助金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</div>									

※以下は記入しないでください。

本件、領収書の提出がありましたので、下記のとおり補助金を支給してよろしいか。							受 付 印
常務理事	事務長	担当者	担当者	担当者	資格照合	台帳入力	
補助金支給額		件				円	

注意事項

- ・ 補助額は1人当たり上限10,000円、1回限りです。上限に満たない場合は、実際に支払った費用を補助します。
- ・ 治療がすべて終了（完了）してから請求してください。
 ※途中で中断された場合、補助金は支給しません。

《添付書類》

医療機関・調剤薬局発行の全受診分の「領収書【写し】」、「領収明細書【写し】」「終了証【写し】」を同封のうえ、送付してください。

◆領収書に必要な記載事項

- ①受診者氏名 ②受診内容「禁煙外来」という但し書き
- ③受診年月日 ④医療機関・薬局名および印
- ⑤患者負担額（禁煙治療以外の診察・処方を受けた場合は、禁煙治療分を明示）
（レシート不可）