

禁煙外来利用補助金請求書

健康保険証 の記号番号	記号		番号					被保険者 氏名	フリガナ
所属								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			
この補助金の支給については、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 被保険者氏名 _____									

※以下は記入しないで下さい。

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	資格照合	台帳入力	
支給額		件		円		

注意事項

・補助額は1人あたり上限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、補助金は支給いたしません。

<添付書類>

・医療機関・調剤薬局発行の全受診分の「領収書【写】」、「領収明細書【写】」、「終了証【写】」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)