

様式9

常務理事	部長	課長	係長	係

禁煙治療補助金請求書

令和 年度
千葉県医業健康保険組合 様

令和 年 月 日

任 継

郵便番号 〒

住 所

氏 名

㊞

電話番号

下記のとおり禁煙治療を実施したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	合 計 (上 限 15,000 円)
禁煙治療(外来)	件	円
※決定欄	件	円

補助金振込口座	銀行							支店
種 別	普通	・ 当座	口座番号					
(フリガナ)								
口座名義								

※添付書類

「医療機関の禁煙治療を利用した場合」

- ・ 領収書原本(宛名が受診者本人名のもの)
- ・ 診療明細書(原本)

「薬局や薬店等で禁煙補助剤を購入した場合」

- ・ 領収書原本(購入日、薬局店名及び薬剤名が記載されたものに限る)

※上記の添付書類は、すべての領収書等が必要です

※治療終了前に資格を喪失された場合や治療を途中で止めた場合等は、補助金の対象とはなりません

※請求金額の上限は15,000円です(治療に要した費用が15,000円未満のときは、その額を補助金の額とする)

※振込口座は、被保険者本人の口座で、銀行へ届け出た名義をご記入ください

受付日付印

禁煙治療補助金請求明細書

事業所記号 8000

証番号	治療者氏名	性別	禁煙治療の期間				自己負担額(合算)
			自.	年	月	日	円
			至.	年	月	日	