

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

事業所所在地

事業所の名称

事業主の氏名

印

電話番号

担当者氏名

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

受付日付印

「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

※振込口座は事業所(主)または治療者(本人)口座でお願いいたします

※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)

禁煙治療補助金請求明細書

事業所記号

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 至. 年 月 日	円

※振込口座が治療者(本人)である場合は、その者の送付先と連絡先を記載してください

(送付先)	〒 -		
(連絡先)	-	-	