

令和 年 月 日

直江津電子健康保険組合 御中

『禁煙外来助成金 交付申請書』

被保険者氏名 _____

被保険者等 記号 - 番号 _____

下記のとおり、禁煙を実施し終了しましたので、助成金の交付を申請いたします。

1. 受診期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2. 実施機関 _____

3. 金 額 合計 円 _____

4. 振込み金融機関

預 金 種 目	普通							銀行 金庫 農協	本店 支店 営業部		
口座番号									フリガナ 口座名義		

5. 添付書類および注意事項

① 年度内で1回限り、窓口負担分（3割）を補助します。

② 領収書は、原本で、次の記載を必要とします。

ア) 受診者氏名

イ) 受診内容：禁煙外来

ウ) 受診年月日

エ) 金額

オ) 医療機関・薬局名及び印、または、医師の印

《この申請の半年後に》 禁煙の結果（成功・失敗）を確認させていただきます