

(健康
使用
欄)

常務理事	事務局長	課長	係長	係	資格照合	起案	・	・
						決裁	・	・
決定額		¥ _____				摘要		

令和3年度 禁煙外来補助金支給申請書

診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間
実施 機関	所在地		
	名称	(TEL - -)	
費用(合計)	円(税込)	担当医氏名	
<p>川口工業健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険証記号 - 番号 _____</p> <p>事業所名(勤務先名) _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p> <p>対象者氏名 _____</p> <p>住 所 _____ (TEL - -)</p>			

診療回	診療年月日	自己負担額(領収書金額)	健康使用欄	添付資料(領収書は原本のみ)
第1回 (初回診療)	医科 令和 年 月 日	円		①禁煙外来の際の領収書全て ②「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるもの(発行がない場合は下記の証明) ※領収証がない診療については補助の対象外です。 (紛失含む)
	調剤 令和 年 月 日	円		
第2回 (2週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第3回 (4週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第4回 (8週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
第5回 (12週間後)	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		
予備	医科 令和 年 月 日	円		
	調剤 令和 年 月 日	円		

受付印

(以下の欄は、医療機関から「禁煙外来修了書」またはそれに準ずるものが発行されている場合は不要です)

禁煙外来終了証明

患者名 _____ 様は禁煙外来にて3か月間のプログラムを無事終了し、
禁煙に成功されたことを証明いたします。

令和 年 月 日

所在地
医療機関 名称

印