

常務理事	事務長	係

禁煙外来補助金請求書

私は禁煙外来治療により6ヶ月間の禁煙を達成し卒煙したため、補助金を請求します

被保険者証 記号-番号	—	氏名	
住所	〒 —		
事業所名		所属部署	
受診医療 機関名		携帯番号	
禁煙開始日	年 月 日	卒煙日	年 月 日
補助金 振込口座	_____ 銀行 _____ 支店 (普通・当座)		

※禁煙外来補助金申請書を年度内10月末日までに提出している方に限りです

※禁煙を開始してから6ヶ月継続して禁煙出来た場合に請求できます

※年度内に卒煙を完了させてください

※禁煙外来補助金請求書は、翌年度4月10日までに提出してください

【卒煙証明】

禁煙開始から現在までの6ヶ月間、_____さんは禁煙を継続し、
卒煙したことを証明します

年 月 日

支援者 _____

<添付書類>

受付印

- ① 「禁煙外来治療明細書」・「領収書」5回分の写し
- ② 医療機関が交付した「禁煙外来終了証明書」「卒煙証明書」等
但し、医療機関より発行されたものがない場合、別紙「禁煙外来終了証明書」に記入してもらい添付