

令和6年度 禁煙外来補助金 申請書

令和 年 月 日					
全国印刷工業健康保険組合 常務理事 殿					
当事業所の従業員（被保険者）並びにその被扶養者が受診した禁煙外来について、下記の通り補助金の申請をいたします。					
事業所名				担当者名	
所在地	〒			電話番号	
記号－番号	—		被保険者氏名		
受診者氏名			生年月日（受診者）	昭和・平成 年 月 日	区分 本人・家族
医療機関名			調剤薬局名		
受診期間	年 月 日 ～ 年 月 日		支払合計額（医療機関・薬局）	円	
振込先（事業所宛） 下記の①または②から一方を選択のうえ、○をしてください。 ②を選択した場合は、下記に銀行名等をご記入ください。					
① 登録済みの口座（※）を希望する ② 下記の口座を希望する					
※給付金の振込用として、既に当健康保険組合へ登録されている事業所の口座（任意継続被保険者については、個人の口座）					
銀行名			本・支店名		
預金区分	普通・当座		口座番号		
口座名義	フリガナ				

＜注意事項＞

- 対象者 令和6年4月1日時点で20歳以上の被保険者及び被扶養者
- 添付書類 「禁煙外来補助金 領収書貼付書」に以下の①及び②を貼付して、ご提出ください。
①医療費・薬剤費の領収書の写し、②診療明細書・薬剤明細書の写し
※領収書及び明細書等は、全5回分が必要です。
- 対象期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日受診分
- 申請締切日 令和7年4月7日（月）
- 任意継続被保険者については、事業所に関する欄の記入は不要です。
- 申請書に記載された個人情報、禁煙外来補助金の支給手続きのためにのみ利用します。
- 個人情報保護の取扱いについては、当組合ホームページをご覧ください。

※組合使用欄

照合済