禁煙外来治療補助金支給申請書

　下記の通り「禁煙治療」を終了し、卒煙いたしましたので、領収書を添えて補助金の請求をいたします

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | － | | 会社名 |  | |
| 被保険者名 |  | | 治療者氏名 |  | |
| 連絡先（勤務先・自宅・携帯） | | |  |  | |
| 治療の種類 | ・禁煙外来治療　　保険診療で受けた治療が補助対象です  　　　　　　　　　領収書が「保険診療」であることをご確認ください | | | | |
| 受診医療機関名 |  | | | | |
| 禁煙外来治療期間 | 自　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | |
| 至　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | |
| 被保険者の自己負担治療費 | | 円 | | | |
| 振込銀行口座  （被保険者名義） | 銀行名 | 銀行 | | 銀行コード |  |
| 支店名 | 支店 | | 支店コード（店番号） |  |
| 口座番号 | （普・当） | | 口座名義(カタカナ) |  |
| １． 対 象 者：治療開始から終了まで資格のある被保険者及びその被扶養者  別紙の保険適用禁煙外来治療者であること  ２． 補助金額：禁煙外来治療を受診し、治療が完了した者に対し自己負担金額の半額を 10,000 円を上限に補助します。  ※PC やスマートフォンを活用した遠隔禁煙外来は補助の対象外となります。  ※保険診療が適用する禁煙治療は診療開始より１年を超えなければ再度行うことはできません。  ※診療報酬明細書（レセプト）で受診を確認した後に支給を決定します。  ３． 添付書類： 宛名が明記され、「禁煙外来治療に要した費用」であることが確認できる領収書(原本)  ４． 支 払 日： 検診補助に準ずる | | | | | |

レイズネクスト健康保険組合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給決定伺 | | 補助額 | 支給日 |
| 常務理事 | 係 | 円 |  |
|  |  |