

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	